



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DE GOIÁS



MINISTÉRIO DA SAÚDE

SINAN/CIT

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

SINAN Nº:

0800 646 4350

CENTRO DE INFORMAÇÃO TOXICOLÓGICA DE GOIÁS

CIT Nº:

0800 722 6001

FICHA DE INVESTIGAÇÃO E ATENDIMENTO TOXICOLÓGICO

SINAVISA Nº:

DADOS GERAIS

1 Tipo de notificação:	HUMANA	2 Agravado/Doença:	Código (CID10)	Hora :
2 Individual	ANIMAL	INTOXICAÇÃO EXÓGENA	T65.9	
Solicitante/responsável pelo atendimento:		(DDD) Telefone:	3 Data da Notificação:	
4 UF:	5 Município de Notificação:		Código (IBGE):	
6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora):	(DDD) Telefone:	Código:	7 Data dos Primeiros Sintomas:	

NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL

8 Nome da paciente:	9 Data da Nascimento:		
10 Idade:	11 Sexo:	12 Gestante:	13 Raça/Cor:
1- Hora 2- dias	M- Masculino	1- 1º Trimestre 2- 2º Trimestre	1- Branca 2- Preta
3- Mês 4- Anos	F- Feminino	3- 3º Trimestre 4- Idade gestacional ignorada	3- Amarela 4- Parda
	I- Ignorado	5- Não 6- Não se aplica 9- ou Ignorado	5- Indígena 9 ou Ignorado
14 Escolaridade:	0- Analfabeto 1- 1ª a 4ª Série Incompleta EF (antigo primário ou 1º grau)	2- 4ª Série Completa do EF (antigo primário ou 1º grau)	
	3- 5ª a 8ª Série Incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau)	4- Ensino Fundamental Completo (antigo ginásio ou 1º grau)	
	5- Ensino Médio Incompleto (antigo colegial ou 2º grau)	6- Ensino Médio Completo (antigo colegial ou 2º grau)	7- Educação Superior Incompleta
	8- Educação Superior Completa 9- Ignorado 10- Não se Aplica		
15 Número do cartão SUS:	16 Nome da Mãe:		

DADOS DE RESIDÊNCIA

17 UF:	18 Município:	Código (IBGE):	19 Distrito:
20 Bairro:	21 Logradouro (rua, avenida,...):		Código:
22 Número:	23 Complemento (apto., casa,...):		24 Geo campo 1:
25 Geo campo 2:	26 Ponto de Referência:	27 CEP:	
28 (DDD) Telefone:	29 Zona:	1- Urbana:	30 País (se residente fora do Brasil):
	2- Rural 3- Periurbana	9 ou 99- Ignorado	

DADOS COMPLEMENTARES DO CASO

Antecedentes Epidemiológicos

31 Data da Investigação:	32 Ocupação:
33 Situação no Mercado de Trabalho:	
01- Empregado registrado com carteira assinada 02- Empregado não registrado 03- Autônomo/Conta própria	
04- Servidor Público estatutário 05- Servidor público celetista 06- Aposentado 07- Desempregado 08- Trabalho temporário	
09- Cooperativado 10- Trabalhador avulso 11- Empregador 12 ou 88- outro	99- Ignorado
34 Local de ocorrência da exposição:	1- Residência 2- Ambiente de trabalho 3- Trajeto do trabalho
	4- Serviços de saúde 5- escola/creche 6- Ambiente Externo 7 ou 88- Outro 9 ou 99- ignorado

DADOS DA EXPOSIÇÃO

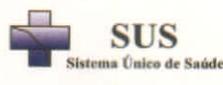
35 Nome do local/estabelecimento de ocorrência do acidente:	36 Atividade Econômica (CNAE):		
37 UF:	38 Município do estabelecimento de ocorrência:	Código (IBGE):	39 Distrito:
40 Bairro:	41 Logradouro (rua avenida, etc. - endereço do estabelecimento):		
42 Número:	43 Complemento (apto., casa,...):	44 Ponto de Referência do estabelecimento:	45 CEP:
46 (DDD) Telefone:	47 Zona:	1- Urbana 2- Rural 3- Periurbana 9 ou 99- Ignorado	48 País (se estabelecimento fora do Brasil):
49 Grupo do agente tóxico/Classificação geral:			
01- Medicamento 02- Agrotóxico/Usos agrícola 03- Agrotóxico/Usos doméstico 04- Agrotóxico/Usos saúde pública			
05- Raticida 06- Produto veterinário 07- Produto de uso domiciliar/Domissanitário 08- Cosmético/Higiene pessoal			
09- Produto químico de uso industrial 10- Metal 11- Drogas de abuso 12- Plantas tóxicas 13- Alimento 14 ou 88- Ignorado			
50 Agente tóxico (informar até três agentes):			
Nome Comercial	Princípio Ativo	Grupo Químico	Dose
51 Se agrotóxico, qual a finalidade da utilização:	1- Inseticida 2- Herbicida 3- Carrapaticida 4- Raticida		
	5- Fungicida 6- Preservativo para madeira 7 ou 88- Outro 8- Não se aplica 9 ou 99- Ignorado		

DADOS DA EXPOSIÇÃO	52 Se agrotóxico, quais as atividades exercidas na exposição atual	<input type="checkbox"/> 01- Diluição	<input type="checkbox"/> 02- Pulverização/Aplicação no campo	<input type="checkbox"/> 03- Tratamento de sementes	<input type="checkbox"/> 04- Armazenamento	<input type="checkbox"/> 05- Colheita	<input type="checkbox"/> 06- Transporte	<input type="checkbox"/> 07- Desinsetização	<input type="checkbox"/> 08- Produção/formulação	<input type="checkbox"/> 09 ou 88- Outros:	<input type="checkbox"/> 10- Não se aplica	<input type="checkbox"/> 11- Aplicação em saúde pública	<input type="checkbox"/> 12- Presença no lugar	<input type="checkbox"/> 13- Manutenção de equipamento	<input type="checkbox"/> 14 ou 99- Ignorado	1ª Opção	2ª Opção	3ª Opção		
	53 Se agrotóxico de uso agrícola, qual a cultura/lavoura:	Evento:	<input type="checkbox"/> 1- Intoxicação	<input type="checkbox"/> 2- Exposição	<input type="checkbox"/> 3- Reação Adversa	<input type="checkbox"/> 4- Diagnóstico Diferencial	<input type="checkbox"/> 5- Síndrome de Abstinência													
	54 Via de exposição/contaminação:	<input type="checkbox"/> 01- Digestiva/Oral	<input type="checkbox"/> 02- Cutânea	<input type="checkbox"/> 03- Respiratória	<input type="checkbox"/> 04- Ocular	<input type="checkbox"/> 05- Parenteral	<input type="checkbox"/> 06- Vaginal	<input type="checkbox"/> 07- Transplacentária	<input type="checkbox"/> 08 ou 88- Outro:	<input type="checkbox"/> 9 ou 99- Ignorado	<input type="checkbox"/> 10- Nasal	<input type="checkbox"/> 11- Retal	<input type="checkbox"/> 12- Aleitamento Materno				1ª Opção	2ª Opção	3ª Opção	
	55 Circunstância da exposição/contaminação:	<input type="checkbox"/> 01- Uso Habitual	<input type="checkbox"/> 02- Acidente/Individual	<input type="checkbox"/> 03- Ambiental	<input type="checkbox"/> 04- Uso Terapêutico	<input type="checkbox"/> 05- Prescrição Médica Inadequada	<input type="checkbox"/> 06- Erro de administração	<input type="checkbox"/> 07- Automedicação	<input type="checkbox"/> 08- Abuso	<input type="checkbox"/> 09- Ingestão de alimentos ou bebidas	<input type="checkbox"/> 10- Tentativa de Suicídio	<input type="checkbox"/> 11- Tentativa de aborto	<input type="checkbox"/> 12- Violência e homicídio	<input type="checkbox"/> 13 ou 88- Outro	<input type="checkbox"/> 14- Acidente coletivo	<input type="checkbox"/> 15- Ocupacional	<input type="checkbox"/> 16- Abstinência	<input type="checkbox"/> 17- Uso indevido	<input type="checkbox"/> 18- Indicação Leiga	<input type="checkbox"/> 99- Ignorado
	56 A exposição/contaminação foi decorrente do trabalho/ocupação?	<input type="checkbox"/> 1- Sim	<input type="checkbox"/> 2- Não	<input type="checkbox"/> 9 ou 99- Ignorado																
	57 Tipo da Exposição:	<input type="checkbox"/> 1- Aguda - Única	<input type="checkbox"/> 2- Aguda Repetida	<input type="checkbox"/> 3- Crônica	<input type="checkbox"/> 4- Aguda Sobre Crônica	<input type="checkbox"/> 9 ou 99- Ignorado														
	58 Tempo Decorrido da Exposição e o Atendimento	<input type="checkbox"/> 1- Hora	<input type="checkbox"/> 2- Dia	<input type="checkbox"/> 3- Mês	<input type="checkbox"/> 4- Ano	<input type="checkbox"/> 5- Minutos	<input type="checkbox"/> 9 ou 99- Ignorado	Duração da exposição												
	59 Tipo de Atendimento:	<input type="checkbox"/> 1- Hospitalar	<input type="checkbox"/> 2- Ambulatorial	<input type="checkbox"/> 3- Domiciliar	<input type="checkbox"/> 4- Nenhum	<input type="checkbox"/> 9 ou 99- Ignorado														
	60 Houve hospitalização:	<input type="checkbox"/> 1- Sim	<input type="checkbox"/> 2- Não	<input type="checkbox"/> 9 ou 99- Ignorado				Dias												
	61 Data da Internação:																			
DADOS DO ATENDIMENTO	62 UF:	63 Município de Hospitalização:	Código (IBGE):	64 Unidade de Saúde:	Código:															
	Assintomático	Coma	Edema	Hipertensão	Miose	Sialose														
	Alucinação	Confusão Mental	Epistaxe	Hipertermia	Náuseas	Sincope														
	Agitação	Convulsão	Epigastralgia	Hipertonia	Obstipação	Sonolência														
	Anorexia	Diarreia	Eritema	Hipotensão	Palidez	Sudorese														
	Anúria	Disfagia	Erupção/Pele	Hipotermia	Palpitações	Taquicardia														
	Apatia	Desidratação	Estertores	Hipotonia	Parada Cardio - Respiratória	Taquipneia														
	Arritmia	Dispneia	Exantema	Insuficiência Respiratória	Paralisia	Tontura														
	Astenia	Distúrbio Metabólico	Extrapiramidal	Insuficiência Cardíaca	Parestesia	Torpor														
	Ataxia	Distúrbio Ácido Básico	Fasciculações	Insuficiência Hepática	Petéquias	Tosse														

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS	A - Tratamento Inicial:	B - Tratamento Proposto pelo CIT:	C - Tratamento Realizado:	
	A B C	A B C	A B C	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nenhum
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Observação Clínica
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diluição
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neutralização
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Êmese
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Demulcente
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hemodiálise
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hemoperfusão
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Catártico	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lavagem Gástrica	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Carvão Ativado	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Antídoto	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tratamento sintomático	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tratamento suporte	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Descontaminação ocular	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Descontaminação cutânea	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alcalinização urinária	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diurese forçada	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lavagem intestinal	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Retirada endoscópica	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Intervenção cirúrgica	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ignorado	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Exsanguínea transfusão	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Outro:	

CONCLUSÃO DO CASO	65 Classificação final:	Leve (L)	2- Só Exposição	5- Síndrome de Abstinência	7- Provavelmente não tóxico
	1- Intoxicação Confirmada	Moderada (M)	3- Reação Adversa	6- Intoxicação Não excluída	8- Não Intoxicação
		Grave (G)	4- Outro Diagnóstico/Diagnóstico diferencial	9 ou 99- Ignorado	
	66 Se intoxicação confirmada, qual o diagnóstico	CID - 10	Análise Toxicológica	Qual a Substância	
			Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	
	67 1- Intoxicação Confirmada:	68 Evolução do Caso:	1- Cura sem sequelas	2- Cura com sequelas	
	<input type="checkbox"/> 1- Laboratorial	<input type="checkbox"/> 3- Clínico	<input type="checkbox"/> 3- Óbito por intoxicação exógena	<input type="checkbox"/> 4- Óbito por outra causa	
	<input type="checkbox"/> 2- Clínico Epidemiológico	<input type="checkbox"/> 5- Perda de seguimento/Cura não confirmada	<input type="checkbox"/> 6- Transferido	<input type="checkbox"/> 9 ou 99- Ignorado	
	69 Data do Óbito:	70 Comunicação de Acidente de Trabalho - CAT	1- Sim	2- Não	3- Não se aplica
			<input type="checkbox"/> 9 ou 99- Ignorado		
				71 Data do Encerramento:	

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES E OBSERVAÇÕES	Transferido para:	(DDD) Telefone:
	Observações:	
	Plantonista/CIT:	Evolução:
	Fonte de pesquisa:	
	Município/Unidade de Saúde:	Código da Unidade de Saúde:
	Nome:	Função:
		Assinatura

		REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL				SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DE GOIÁS					
		MINISTÉRIO DA SAÚDE				SINAN/CIT					
		0800 646 4350		SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO				CENTRO DE INFORMAÇÃO TOXICOLÓGICA DE GOIÁS			
		0800 722 6001		FICHA DE INVESTIGAÇÃO E ATENDIMENTO TOXICOLÓGICO				SINAN Nº:			
DADOS GERAIS	1 Tipo de notificação:		HUMANA		2 Agravos/Doença:		Código (CID10)		Hora :		
	2 Individual		ANIMAL		INTOXICAÇÃO EXÓGENA		T65.9				
	Solicitante/responsável pelo atendimento:				(DDD) Telefone:		3 Data da Notificação:				
	4 UF:		5 Município de Notificação:				Código (IBGE):				
6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora):				(DDD) Telefone:		Código:		7 Data dos Primeiros Sintomas:			
8 Nome da paciente:								9 Data da Nascimento:			
NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL		10 Idade:		11 Sexo:		12 Gestante:		13 Raça/Cor:			
		1- Hora 2- dias		M- Masculino		1- 1º Trimestre 2- 2º Trimestre		1- Branca 2- Preta			
		3- Mês 4- Anos		F- Feminino		3- 3º Trimestre 4- Idade gestacional ignorada		3- Amarela 4- Parda			
				I- Ignorado		5- Não 6- Não se aplica 9- ou Ignorado		5- Indígena 9 ou Ignorado			
14 Escolaridade:		0- Analfabeto 1- 1ª a 4ª Série Incompleta EF (antigo primário ou 1º grau)				2- 4ª Série Completa do EF (antigo primário ou 1º grau)					
3- 5ª a 8ª Série Incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau)		4- Ensino Fundamental Completo (antigo ginásio ou 1º grau)									
5- Ensino Médio Incompleto (antigo colegial ou 2º grau)		6- Ensino Médio Completo (antigo colegial ou 2º grau)				7- Educação Superior Incompleta					
8- Educação Superior Completa		9- Ignorado				10- Não se Aplica					
15 Número do cartão SUS:				16 Nome da Mãe:							
DADOS DE RESIDÊNCIA		17 UF:		18 Município:		Código (IBGE):		19 Distrito:			
		20 Bairro:		21 Logradouro (rua, avenida,...):				Código:			
		22 Número:		23 Complemento (apto., casa,...):				24 Geo campo1:			
		25 Geo campo2:		26 Ponto de Referência:				27 CEP:			
		28 (DDD) Telefone:		29 Zona:		1- Urbana:		30 País (se residente fora do Brasil):			
				2- Rural 3- Periurbana		9 ou 99- Ignorado					
DADOS COMPLEMENTARES DO CASO											
Antecedentes Epidemiológicos		31 Data da Investigação:				32 Ocupação:					
		33 Situação no Mercado de Trabalho:									
		01- Empregado registrado com carteira assinada 02- Empregado não registrado 03- Autônomo/Conta própria									
		04- Servidor Público estatutário 05- Servidor público celetista 06- Aposentado 07- Desempregado 08- Trabalho temporário									
09- Cooperativado 10- Trabalhador avulso 11- Empregador 12 ou 88- outro 99- Ignorado											
34 Local de ocorrência da exposição:		1- Residência		2- Ambiente de trabalho		3- Trajeto do trabalho					
4- Serviços de saúde		5- escola/creche		6- Ambiente Externo		7 ou 88- Outro 9 ou 99- ignorado					
35 Nome do local/estabelecimento de ocorrência do acidente:						36 Atividade Econômica (CNAE):					
37 UF:		38 Município do estabelecimento de ocorrência:				Código (IBGE):		39 Distrito:			
40 Bairro:		41 Logradouro (rua avenida, etc. - endereço do estabelecimento):									
42 Número:		43 Complemento (apto., casa,...):		44 Ponto de Referência do estabelecimento:		45 CEP:					
46 (DDD) Telefone:		47 Zona:		1- Urbana 2- Rural 3- Periurbana		9 ou 99- Ignorado					
48 País (se estabelecimento fora do Brasil):											
DADOS DA EXPOSIÇÃO		49 Grupo do agente tóxico/Classificação geral:									
		01- Medicamento 02- Agrotóxico/Use agrícola 03- Agrotóxico/Use doméstico 04- Agrotóxico/Use saúde pública									
		05- Raticida 06- Produto veterinário 07- Produto de uso domiciliar/Domissanitário 08- Cosmético/Higiene pessoal									
		09- Produto químico de uso industrial 10- Metal 11- Drogas de abuso 12- Plantas tóxica 13- Alimento 14 ou 88- Ignorado									
50 Agente tóxico (informar até três agentes):											
Nome Comercial			Princípio Ativo			Grupo Químico			Dose		
51 Se agrotóxico, qual a finalidade da utilização:											
1- Inseticida 2- Herbicida 3- Carrapaticida 4- Raticida											
5- Fungicida 6- Preservativo para madeira 7 ou 88- Outro		8- Não se aplica		9 ou 99- Ignorado							