

FICHA INDIVIDUAL DE INVESTIGAÇÃO

DA DESNUTRIÇÃO GRAVE



MUNICÍPIO DE
ITAÍ

Dados Gerais	1-Número da Notificação		2 - Agravado/doença DESNUTRIÇÃO GRAVE - E 43		3- Data da Notificação / /		
	4- Município de Notificação				Código (IBGE) 		
	5- Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código 		6- Data do diagnóstico / /		
Notificação Individual	7- Nome do Paciente						
	8- Data de Nascimento / /		9- Idade 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano		10- Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado		
	11 - Raça/Cor 1-Branca 4-Parda 2-Preta 5-Indígena 3-Amarela 9-Ignorado		12 - Escolaridade 0 - Analfabeto 1 - 1ª a 4ª série incompleta do Ensino Fundamental 2 - 4ª série completa do EF 3 - 5ª a 8ª série incompleta do EF 9 - Ignorada 10 - Não se aplica				
Dados de Residência	13 - Município de Residência			Código 		14 - UF 	
	15- Bairro		16- Logradouro (rua, avenida,...)				
	17 - Número	18 - Complemento (apto, casa, ...)			19 - Ponto de Referência		
	20- Telefone 			21- Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado			
Antecedentes Epidemiológicos	Dados Complementares do Caso						
	22 - Data da Investigação / /		23 - Nº do Prontuário 		24 - Tipo de Entrada 1 - Caso Novo 3 - Reingresso após abandono 2 - Recidiva		
	25 - Idade Gestacional s d 99 - Ignorado		26- Peso ao nascer g		27- História de desnutrição na família Irmão menor de 10 anos Mãe 1-Sim 2-Não 9-Ignorado 10-Não se aplica		
	28- História de óbito de irmãos até 10 anos 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado 10 - Não se aplica		29- Causa básica do óbito 1 - Diarreia/Desidratação 5 - Insuficiência cardíaca 2 - Infecção Respiratória Aguda 6 - Outros(especificar) _____ 3 - Septicemia 9 - Ignorado 4 - Anemia 10 - Não se aplica				
	30- Hospitalização nos últimos 6 meses (não considerar a internação atual) 1 - Sim 2 - Não 3 - Ignorado		31- Motivo da última internação 1 - Diarreia/Desidratação 5 - Insuficiência cardíaca 2 - Infecção Respiratória Aguda 6 - Outros(especificar) _____ 3 - Septicemia 9 - Ignorado 4 - Anemia				
	32- Número de atendimentos em Serviço de Urgência e Emergência nos últimos 6 meses (não considerar o atendimento atual) atendimentos				33- Duração da amamentação exclusiva ao peito 2-Dia 4-Ano 3-Mês 9 - Ignorado		
	34- Duração da amamentação complementar 2-Dia 4-Ano 3-Mês 9 - Ignorado			35- Criança assistida em 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado Vigilância do crescimento Imunização Suplementação alimentar Outros programas			
	36- Se outros programas, quais:			37- Calendário de vacinação para idade 1 - Completo 2 - Incompleto 9 - Ignorado			
	Antropometria	38 - Data do acompanhamento / /		39 - Peso kg		40- Altura cm	
						41- Circunferência do braço cm 99 - Ignorado	
42 - Classificação do Estado Nutricional, segundo OMS (2006 e 2007): <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> Peso por Idade Circunferência do Braço por Idade </div> <div> Índice de Massa Corporal por Idade Peso para comprimento/estatura </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div>1- Muito baixo/magreza acentuada 2- Baixo/magreza</div> <div>3- Adequado 4- Elevado/sobrepeso</div> <div>5- Obesidade 10 - Não se aplica</div> </div>							

FICHA INDIVIDUAL DE INVESTIGAÇÃO

DA DESNUTRIÇÃO GRAVE



MUNICÍPIO DE
ITAJAÍ

Dados Clínicos	43- Presença de edema 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Edema bilateral de dorso do pé <input type="checkbox"/> Genitais <input type="checkbox"/> Abdômen <input type="checkbox"/> Generalizado		44- Outros sinais clínicos nutricionais 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Manchas descamações pelagroides <input type="checkbox"/> Escassez de panículo adiposo <input type="checkbox"/> Despigmentação e queda de cabelo <input type="checkbox"/> Face senil <input type="checkbox"/> Hepatomegalia		
	45 - Presença de doenças de base CID: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 3 - Em investigação Especificar _____				
Dados socioeconômicos	46- Chefe de família (financeiro) <input type="checkbox"/> 1 - Pai 4 - Avós 2 - Mãe 5 - Instituição 3 - Irmão Maior 6 - Outros		47- Situação atual do chefe de família (financeiro) <input type="checkbox"/> 1 - Empregado 2 - Desempregado 3 - Autônomo		
	49- Escolaridade do chefe de família (financeiro) <input type="checkbox"/> 0 - Analfabeto 6 - EM completo 1 - 1ª a 4ª série incompleta do EF 7 - Educação superior incompleta 2 - 4ª série completa do EF 8 - ES completa 3 - 5ª a 8ª série incompleta do EF 9 - Ignorada 4 - EF completo 10 - Não se aplica 5 - Ensino médio incompleto		50- Responsável pela criança (cuidador) <input type="checkbox"/> 1 - Pai 4 - Avós 2 - Mãe 5 - Instituição 3 - Irmão maior 6 - Outros Nome: _____		
	51- Escolaridade do responsável <input type="checkbox"/> 0 - Analfabeto 6 - EM completo 1 - 1ª a 4ª série incompleta do EF 7 - Educação superior incompleta 2 - 4ª série completa do EF 8 - ES completa 3 - 5ª a 8ª série incompleta do EF 9 - Ignorada 4 - EF completo 10 - Não se aplica 5 - Ensino médio incompleto		52 - Há suspeita/confirmação de negligência/ abandono: <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		
	53- Água tratada <input type="checkbox"/> 1 - Sim 9 - Ignorado 2 - Não		54- Nº de moradores <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 55- Nº de crianças menores de 10 anos <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 56- Nº de cômodos (exceto cozinha e banheiro) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
Classificação	57- Etiologia <input type="checkbox"/> 1-Primária 2-Secundária 3 -Mista prevalência primária 4 -Mista prevalência secundária		58- Classificação do caso <input type="checkbox"/> 1- Desnutrição grave 2- Descartado, desnutrição moderada 3- Descartado, desnutrição leve 4- Descartado, sem grau de desnutrição		
		59- Critério de confirmação <input type="checkbox"/> 1- Clínico 2- Antropométrico Especificar _____ 3- Outros Especificar _____			
Tratamento e Medidas de Controle	60- Em tratamento da DG <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		61- Tipo de tratamento da DG realizado ou referenciado <input type="checkbox"/> 1 - Hospitalar 2 - Ambulatorial 3 - Outros (especificar) _____		
	62 - Medidas de Controle 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Recuperação Nutricional <input type="checkbox"/> Ações Básicas de Saúde <input type="checkbox"/> Educação nutricional <input type="checkbox"/> Promoção de melhoria das condições de vida do ambiente familiar <input type="checkbox"/> Tratamento de doenças de base <input type="checkbox"/> Outros (especificar) _____ <input type="checkbox"/> Tratamento de Intercorrências Associadas				
	63 - Encaminhamento ao: 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Pediatria <input type="checkbox"/> Secretaria de Assistência Social <input type="checkbox"/> Secretaria de Educação <input type="checkbox"/> Serviço de nutrição <input type="checkbox"/> Conselho Tutelar <input type="checkbox"/> Vara da Infância e da Juventude <input type="checkbox"/> Outros (especificar) _____				
Acompanhamento e Evolução	64 - Evolução do Estado Nutricional conforme critério de confirmação (campo 59) <input type="checkbox"/> 1º Mês <input type="checkbox"/> 2º Mês <input type="checkbox"/> 3º Mês <input type="checkbox"/> 4º Mês <input type="checkbox"/> 5º Mês <input type="checkbox"/> 6º Mês <input type="checkbox"/> 7º Mês <input type="checkbox"/> 8º Mês <input type="checkbox"/> 9º Mês <input type="checkbox"/> 10º Mês <input type="checkbox"/> 11º Mês <input type="checkbox"/> 12º Mês 1- Muito Baixo 2- Baixo 3- Adequado 4- Não realizado 5- Agravamento dos sinais clínicos 6- Redução dos sinais clínicos 7- Sem sinais clínicos				
	65- Data da evolução ____/____/____		66- Evolução <input type="checkbox"/> 1- Alta por recuperação nutricional 2- Alta/idade 3- Transferência 4- Abandono 5- Óbito por DG 6- Óbito por outras causas 7- Permanece em tratamento 9 - Ignorado		
	67- Condições de alta Peso _____g Altura _____cm Estado Nutricional: _____				
	68- Observações				
69- Nome do Investigador		70- Função		71- Data	
				72- Assinatura	

FICHA INDIVIDUAL DE INVESTIGAÇÃO DA DESNUTRIÇÃO GRAVE



MUNICÍPIO DE
ITAJAÍ

INSTRUÇÃO PARA PREENCHIMENTO DA FICHA DE INVESTIGAÇÃO DA DESNUTRIÇÃO GRAVE

- 1- **Número da Notificação:** Transcrever da ficha individual de notificação.
- 2- **Agravo/doença:** Nome do agravo/doença ou código correspondente estabelecido (CID 10) que está sendo notificado.
- 3- **Data da Notificação:** Anotar a data que está sendo notificado o caso.
- 4- **Município de Notificação/Código:** Anotar o nome do município onde a criança está sendo notificada. Anotar o código do município conforme Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) onde a criança está sendo notificada.
- 5- **Nome da Unidade de Saúde/Código:** Anotar o nome e o código da Unidade de Saúde que está realizando a notificação, conforme Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).
- 6- **Data do diagnóstico:** Quando foi observado os primeiros sintomas clínicos de desnutrição grave ou a primeira avaliação antropométrica com uma das classificações abaixo do ponto de corte Escore-z -3 segundo a Organização Mundial da Saúde (2006/2007).
- 7- **Nome do Paciente:** Anotar o nome completo da criança que está sendo notificada.
- 8- **Data de Nascimento:** Anotar a data de nascimento registrando o ano de forma completa.
- 9- **Idade:** Anotar a idade em dias, meses ou anos.
- 10- **Sexo:** Anotar o código do sexo da criança. Ex: M = Masculino.
- 11- **Raça/Cor:** Informar a Raça/Cor da criança. Ex: 1 = Branco.
- 12- **Escolaridade:** Preencher o código conforme a série e grau que a pessoa está frequentando ou frequentou considerando a última série concluída com aprovação ou grau de instrução do paciente por ocasião da notificação. Ex: 0 = Analfabeto.
- 13- **Município de residência/Código:** Anotar o nome do município onde a criança reside. Anotar o código do município conforme Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) onde a criança reside.
- 14- **UF:** Anotar a sigla da Unidade da Federação onde reside a criança. Ex: SC
- 15- **Bairro:** Anotar o nome completo do bairro de residência da criança.
- 16- **Logradouro:** Anotar o tipo (rua, avenida, travessa, etc) e nome completo correspondente ao logradouro da residência da criança.
- 17- **Número:** Anotar o número do logradouro da residência da criança.
- 18- **Complemento (apto, casa,...):** anotar o complemento do logradouro da residência da criança (Ex.: Bloco A, apto 101, lote 10, casa 02, etc).
- 19- **Ponto de referência:** Anotar e referência facilitando a localização da residência. Ex: Bar, mercado, colégio,...
- 20- **Telefone:** Preencher com os números do código de área (o DDD) e do telefone dos responsáveis.
- 21- **Zona:** Anotar o código da zona onde a criança reside. Ex: 1- Urbana.
- 22- **Data da Investigação:** Anotar o dia que foi realizada a visita domiciliar para investigação do caso.
- 23- **Nº do prontuário:** Anotar o número do prontuário físico no Serviço de Saúde ou o código do prontuário eletrônico da criança.
- 24- **Tipo de entrada:** Preencher com o código correspondente ao tipo de entrada do paciente na unidade de saúde. O "caso novo" é todo paciente que nunca se submeteu ao tratamento de desnutrição grave. Os retratamentos podem acontecer por: "recidiva" após alta por recuperação nutricional e "reingresso após abandono", quando ocorre interrupção de um tratamento por mais de três meses.
- 25- **Idade Gestacional:** Anotar o número de semanas e dias de gestação, preferencialmente, com base nas informações da Declaração de Nascido Vivo. Também poderá ser utilizado com base nas informações da Caderneta de Saúde ou do prontuário. Ex. 36 s 5 d
- 26- **Peso ao nascer:** Anotar o peso ao nascer em gramas, preferencialmente, com base nas informações da Declaração de Nascido Vivo. Também poderá ser utilizado com base nas informações da Caderneta de Saúde ou do prontuário. Ex. 2.850 g
- 27- **História de desnutrição na família:** Anotar o número de membros que apresentam ou já apresentaram desnutrição, **não incluindo na contagem a criança que está sendo notificada.**
- 28- **História de óbito de irmãos até 10 anos:** Anotar se ocorreu algum óbito.
- 29- **Causa do óbito:** Anotar a causa do óbito do irmão citado no campo anterior.
- 30- **Hospitalização nos últimos 6 meses:** Não considerar a internação atual. Anotar se ocorreram internações anteriores.
- 31- **Motivo da última internação:** Registrar qual o diagnóstico apresentado na última internação.
- 32- **Número de atendimentos em Serviço de Urgência e Emergência nos últimos 6 meses:** Não considerar a atendimento atual. Anotar se ocorreram atendimentos anteriores.
- 33- **Duração da amamentação exclusiva:** Considerar somente o período que compreende a amamentação exclusiva ao peito o qual não ocorreu introdução de qualquer alimento, inclusive, água, suco, chá, outros tipos de leite.
- 34- **Duração da amamentação complementar:** Quanto tempo amamentou após introdução de outros alimentos.
- 35- **Criança assistida em:** Informar se a criança está sendo acompanhada pelo serviço de saúde. Ex: Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento, Imunização.

FICHA INDIVIDUAL DE INVESTIGAÇÃO

DA DESNUTRIÇÃO GRAVE



MUNICÍPIO DE
ITAJAÍ

- 36- Se outros programas, quais:** Informar se a criança está sendo acompanhada por outros programas de intervenção social.
- 37- Calendário de vacinação para idade:** Informar a situação do preenchimento do Carteira de Vacinação. Ex: código 1- completo
- 38- Data do acompanhamento:** Quando foi realizada a avaliação antropométrica (campos 39 a 42).
- 39- Peso:** Anotar o peso da criança em kilogramas. Ex. 4,50 kg.
- 40- Altura:** Anotar a altura da criança em centímetros. Ex: 110cm.
- 41- Circunferência do braço:** Anotar a circunferência do braço em centímetros. Ex. 11cm.
- 42- Classificação do estado nutricional, segundo OMS (2006 e 2007):** Anotar o código da classificação em cada parâmetro (peso por idade, índice de massa corporal por idade, circunferência do braço por idade, peso para comprimento/estatura). Ex.: 1 – Muito baixo/magreza acentuada.
- 43- Presença de edema:** Registrar se há edema em alguma região específica: dorso do pé (quando é feito pressão com o dedo sob a pele e a mesma fica marcada); abdomen, genitais ou edema generalizado.
- 44- Outros sinais clínicos nutricionais:** Anotar se há presença de **Manchas e descamações pelagróides** – compreendem manchas acastanhadas, descamativas, com aparência ressecada, áspera ao toque e de forma irregular; **Face senil** - face emagrecida, com dobras na pele o que confere a criança aparência envelhecida; **Hepatomegalia** – aumento do fígado e anexos, percebido na apalpação do órgão; **Escassez do panículo adiposo** – com aparência de pele e osso; **Despigmentação e queda de cabelo** - cabelo descolorido, fios mais claros que a coloração normal, seco, fino e quebradiço, cabelo “em bandeira”, (faixa descolorida, alternada com coloração normal).
- 45- Presença de doenças de base:** Anotar se há suspeita (em investigação) ou confirmação de doenças de base. Se houver, especificar a doença e preencher o código correspondente estabelecido (CID 10).
- 46- Chefe da família(financeiro):** Considerar quem mantém financeiramente a família.
- 47- Situação atual do chefe de família (financeiro):** Refere-se ao vínculo empregatício do responsável financeiro pela família.
- 48- Se desempregado, há quanto tempo?:** Assinalar uma das alternativas.
- 49- Escolaridade do chefe da família (financeiro):** Preencher o código conforme a série e grau que a pessoa está frequentando ou frequentou considerando a última série concluída com aprovação ou grau de instrução do paciente por ocasião da notificação.Ex: 0 = Analfabeto.
- 50- Responsável pela criança (cuidador):** Considerar quem cuida da criança. Especificar o nome responsável ou a Instituição.
- 51- Escolaridade do responsável:** Preencher o código conforme a série e grau que a pessoa está frequentando ou frequentou considerando a última série concluída com aprovação ou grau de instrução do paciente por ocasião da notificação.Ex: 0 = Analfabeto.
- 52- Há suspeita ou confirmação de negligência/abandono:** Anotar conforme o código. Se não for possível avaliar no momento, considerar Ignorado.
- 53- Água tratada:** Se a água é tratada ou se é de poço, rio, etc.
- 54- Nº de moradores:** Relacionar todos os moradores da casa, **incluindo na contagem a criança que está sendo notificada.**
- 55- Nº de crianças menores de 10 anos:** **Incluir na contagem a criança que está sendo notificada.**
- 56- Nº de cômodos:** Refere-se ao número de cômodos da casa (excluindo cozinha e banheiro).
- 57- Etiologia:** Anotar a causa da desnutrição conforme o código.
- 58- Classificação do caso:** Informar se o caso foi confirmado = 1 - Desnutrição Grave, se foi descartado, preencher o código com grau de desnutrição apresentado ou se a criança não apresenta desnutrição.
- 59- Critério de confirmação:** Anotar o critério que foi utilizado para a classificação do caso (campo 58).
- 60- Em tratamento da DG:** Anotar se está sendo realizado tratamento.
- 61- Tipo de tratamento da DG realizado ou referenciado:** Anotar em concordância com o campo 60. Se não está sendo realizado o tratamento, preencher o tipo que foi referenciado.
- 62- Medidas de Controle:** Anotar o código conforme as medidas adotadas para a evolução do estado nutricional da criança.
- 63- Encaminhamento ao:** Anotar o código conforme os encaminhamento realizados para a evolução do estado nutricional da criança.
- 64- Evolução do Estado nutricional conforme critério de confirmação** (campo 59): Anotar, em concordância com o campo 59, o código no respectivo mês de avaliação.
- 65- Data da evolução:** Informar, em concordância com o campo 66 e 67, quando ocorreu a evolução do caso. Preencher somente quando for encerrar o caso.
- 66- Evolução:** Informar a evolução do tratamento, conforme o respectivo código.
- 67- Condições de alta:** Anotar as condições de peso, altura e estado nutricional (conforme campos 59, 64 a 66) no momento da alta.
- 68- Observações adicionais:** informar as observações necessárias para complementar a investigação.
- 69- Nome do investigador:** Nome completo. Deve ser legível.
- 70- Função:** Que função executa no serviço de saúde.
- 71- Data:** Quando encerrou a ficha de investigação.
- 72- Assinatura:** Importante no registro.