

Secretaria de Vigilância em Saúde
Ministério da Saúde

Projeto e-SUS Linha da Vida

Secretaria de Vigilância
em Saúde - SVS | Ministério
da Saúde

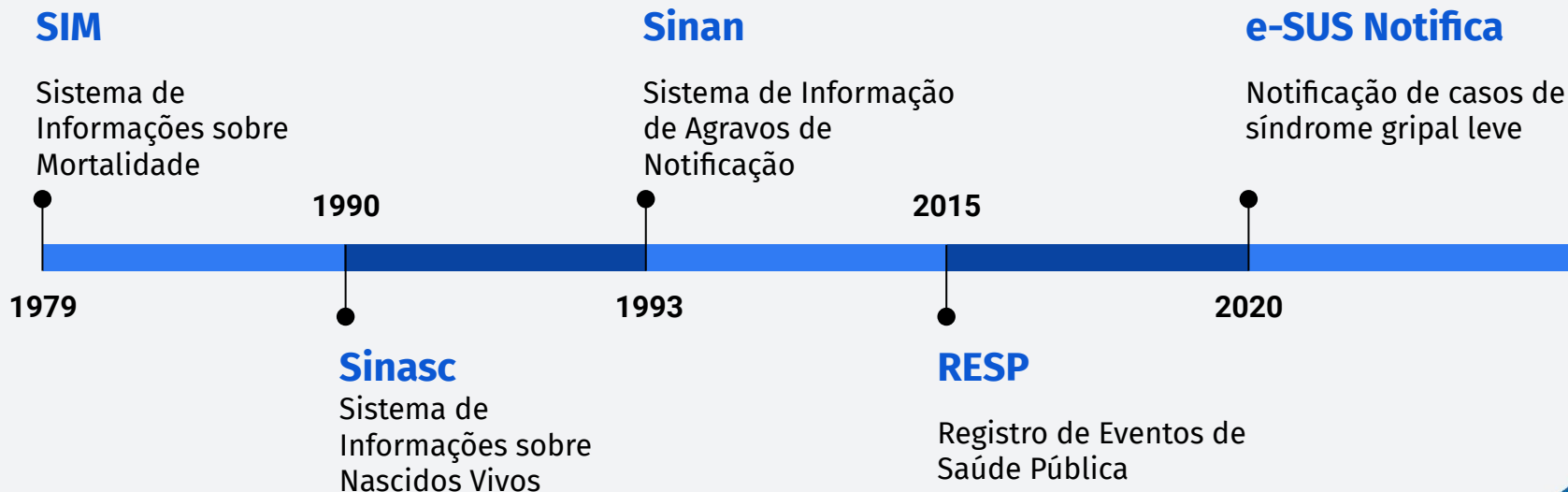
DISQUE
SAÚDE
136



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

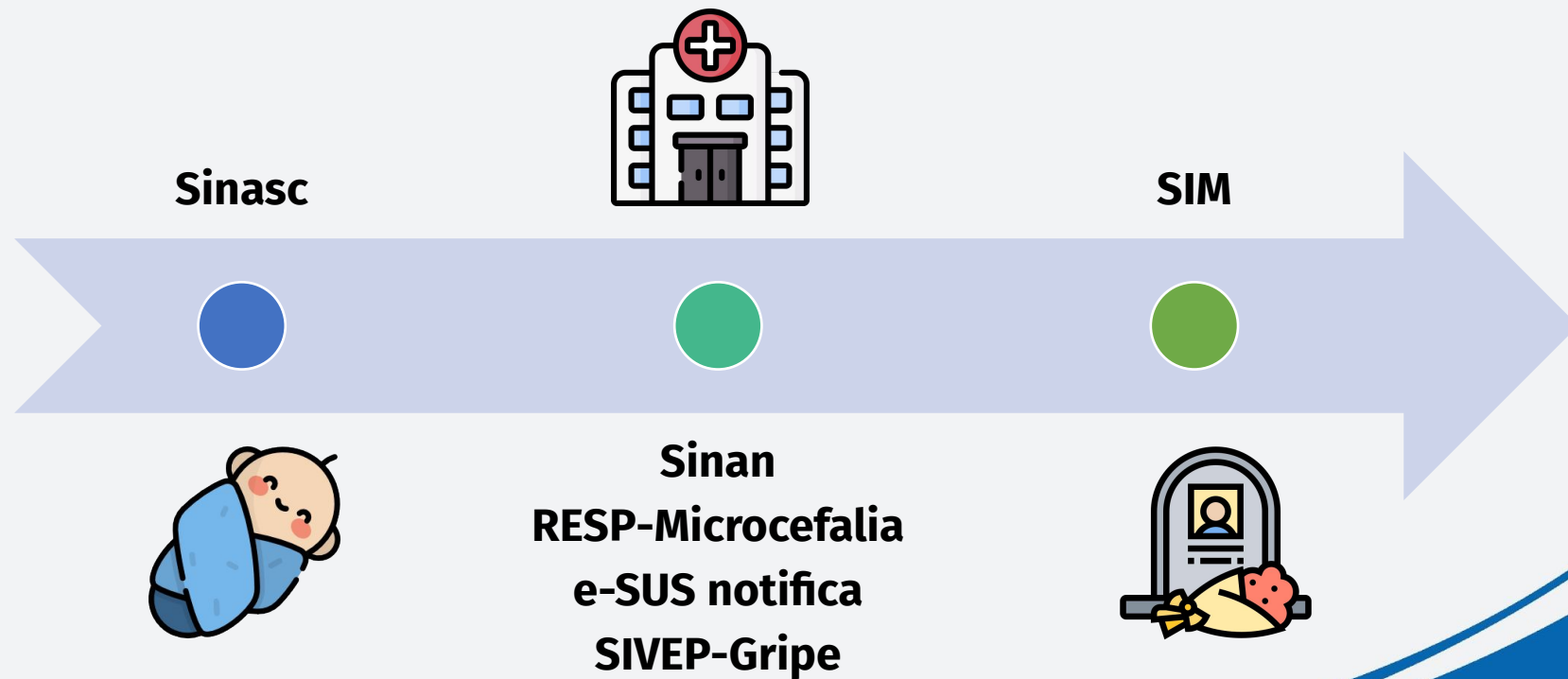


Linha do tempo



Mais de 70 sistemas em uso na SVS

Sistemas de Informação da Linha da Vida



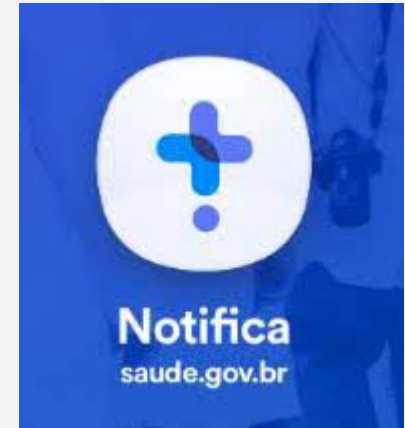
Cenário atual

- aplicativo desktop
- linguagem obsoleta
- ausência de interoperabilidade com outros sistemas
- baixa capacidade de adaptação a mudanças/atualizações
- envio de lotes via Sisnet
- necessidade de integração com sistemas locais



Cenário almejado

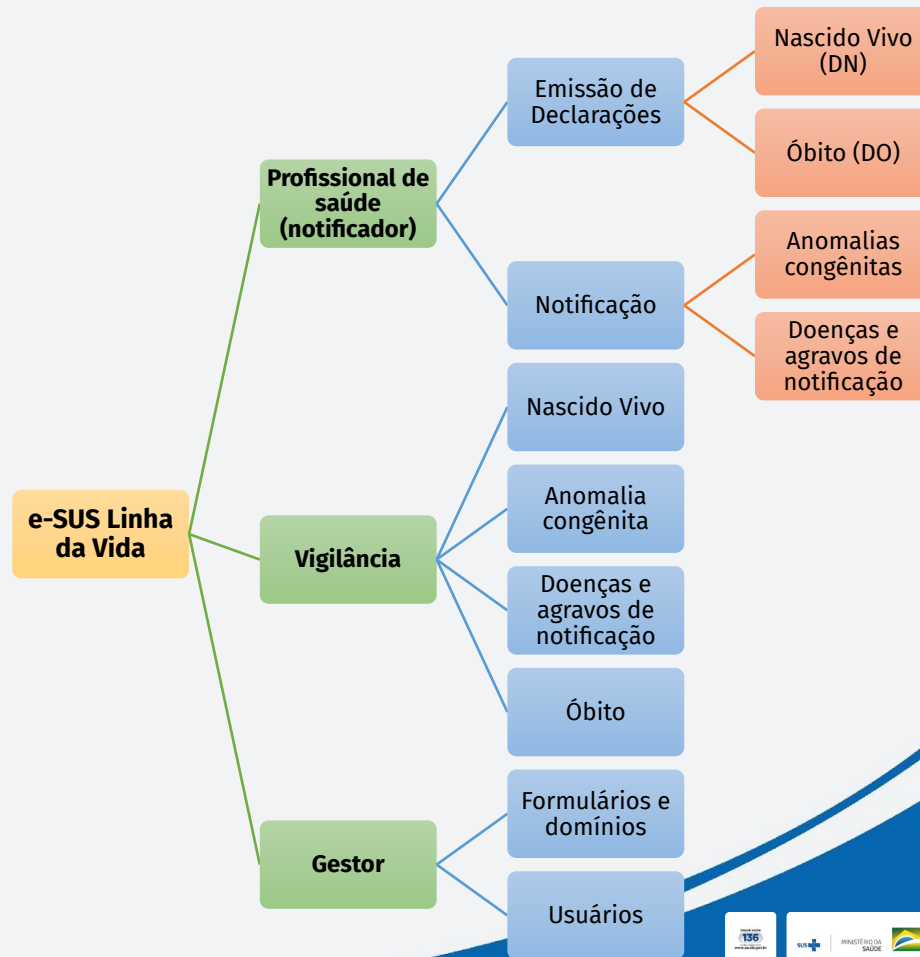
- Baseado no indivíduo em vez da doença/agravos
- Padronização dos campos comuns (CMD)
- Terminologias padronizadas
- Emissão de declarações eletrônicas
- Sistema online com envio imediato dos dados digitados
- Melhorias e atualizações oportunas
- Consumo dos dados por meio de API entre as esferas de gestão
- Integração com sistemas locais via serviços automatizados
- Dashboard/Relatórios



Ecosistema



Ecosistema

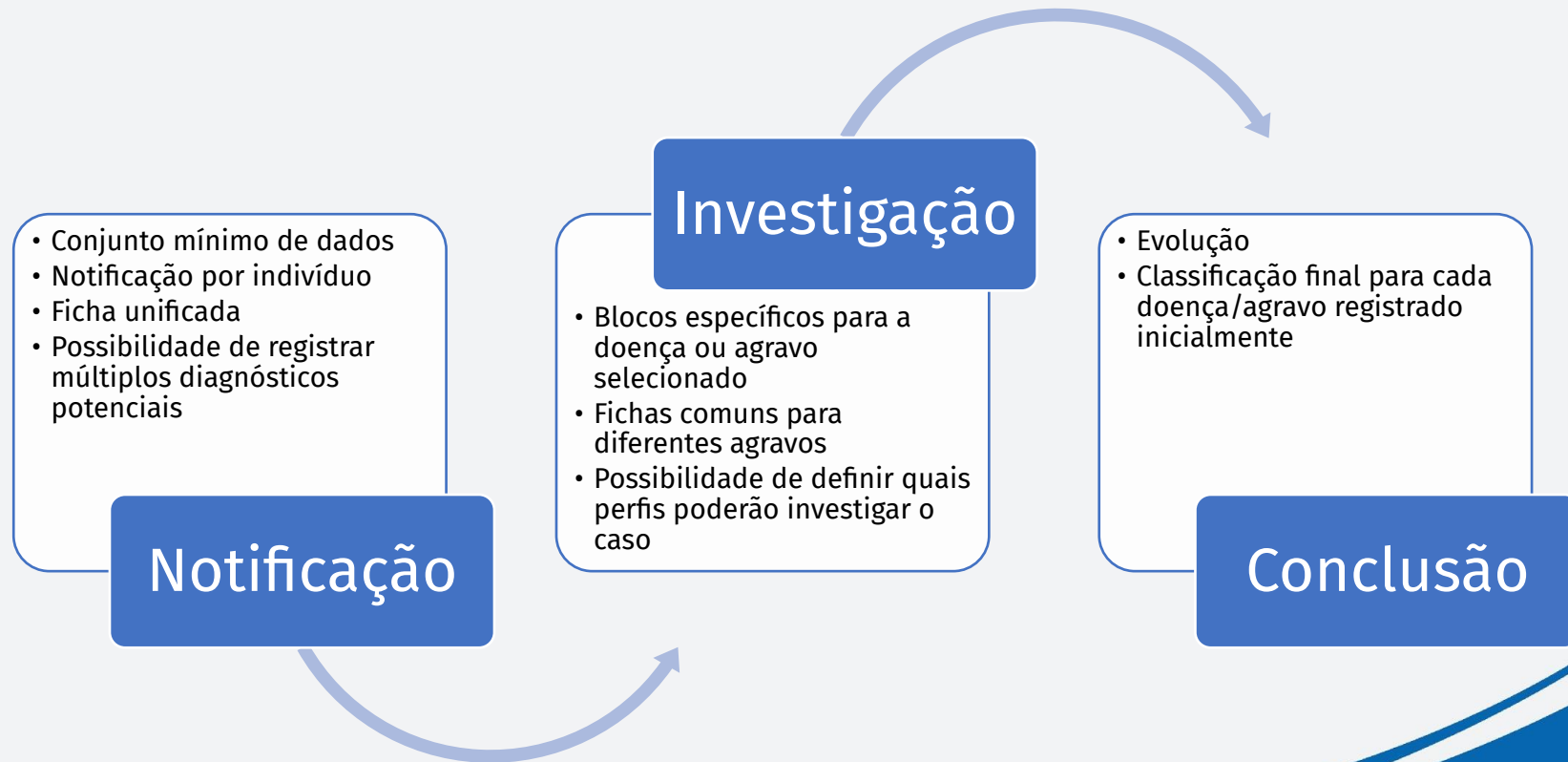


Doenças e agravos



Agrega mais de 50 entradas de dados

Doenças e agravos

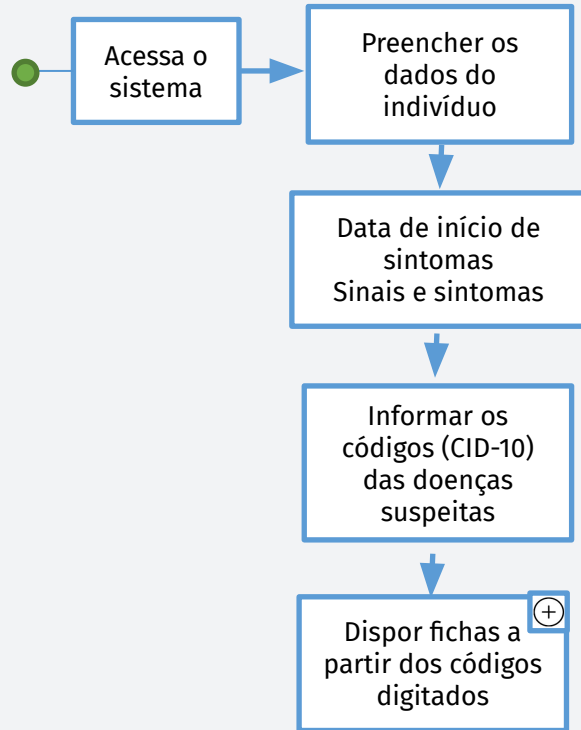


Fluxo de notificação, investigação e encerramento

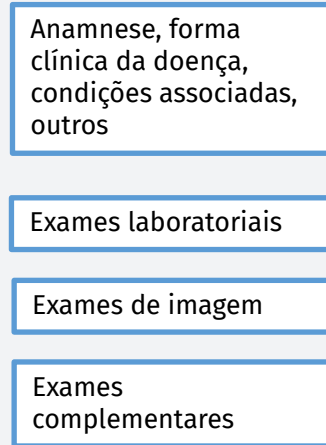
Definição de caso suspeito

Estabelecimento de saúde/Vigilância Epidemiológica

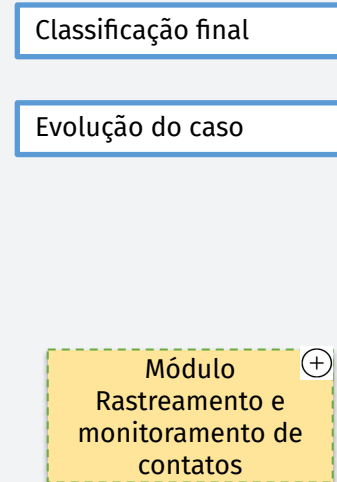
Notificação



Investigação



Encerramento



Fluxo de notificação, investigação e encerramento

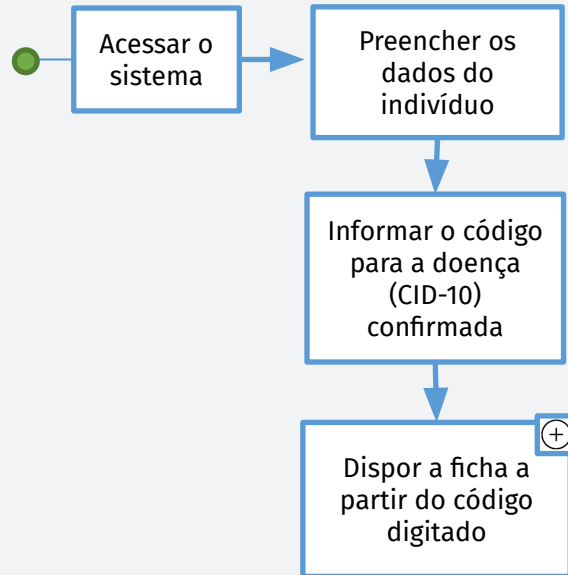
Definição de caso confirmado

Notificação

Investigação

Encerramento

Estabelecimento de saúde/Vigilância Epidemiológica



Data do diagnóstico, modo de entrada, forma clínica, condições associadas, outros

Exames laboratoriais

Exames de imagem

Exames complementares

Descartado

Confirmado laboratorial

Confirmado clínico epidemiológico

Módulo Acompanhamento do tratamento

Módulo de acompanhamento para tratamento

Acompanhamento do tratamento

Evolução do caso



Estabelecimento de saúde/Vigilância Epidemiológica

Condições, Classificação e Avaliação Clínica

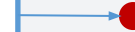
Esquema(s) terapêutico(s)

Tipo de tratamento: autoadministrado ou supervisionado


Avaliação de contatos

Exames laboratoriais e complementares


Cura
Óbito
Perda de seguimento
Falência
Outros



Ficha de Notificação/CMD (Padrão)

 MINISTÉRIO DA SAÚDE SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE		Nº _____ SUS NOTIFICA 19/05/2021	
DEFINIÇÃO DE CASO:			
DADOS DE NOTIFICAÇÃO	UF de notificação: ____		Município de Notificação: _____
	Estabelecimento de saúde: _____		Código CNES ____ ____ ____ ____ ____ ____
	Data de notificação (admissão): ____ ____ ____		
DADOS DA PESSOA	Estrangeiro <i>(Marcar X)</i> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado		Se estrangeiro, país de nascimento: _____
	CPF: ____ ____ ____ ____ ____ ____		CNS: ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____
	Nome completo do paciente: _____		
	Nome social: _____		
	Nome completo da Mãe: _____		
	Data de nascimento: ____ ____ ____	Idade: ____ ____ <i>(Marcar X)</i> <input type="checkbox"/> 1. Hora <input type="checkbox"/> 2. Dia <input type="checkbox"/> 3. Mês <input type="checkbox"/> 4. Ano	Município de Nascimento: _____
	Sexo: <i>(Marcar X)</i> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Ignorado		Raça/Cor: <i>(Marcar X)</i> <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Ignorado
	Se indígena, qual a etnia? _____	Escolaridade: <i>(Marcar X)</i> <input type="checkbox"/> Nenhuma <input type="checkbox"/> EF incompleto <input type="checkbox"/> EF completo (até o 9º ano) <input type="checkbox"/> EM incompleto <input type="checkbox"/> EM completo (até o 3º ano) <input type="checkbox"/> Superior <input type="checkbox"/> Não se aplica <input type="checkbox"/> Ignorado	
	Ocupação: _____	Doença/agravo relacionado ao trabalho? <i>(Marcar X)</i> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado	
	Código (CBO) ____ ____ ____ ____		UF de Residência: ____
	CEP de Residência: ____ ____ ____ ____ - ____ ____		Município de Residência: _____
	Bairro: _____		
DADOS DE RESIDÊNCIA	Logradouro: _____		
	Número: _____	Complemento: _____	
	Telefone de contato: ____ - ____ ____ ____ ____ ____ ____	País de Residência: _____	

Dados de Notificação

 MINISTÉRIO DA SAÚDE SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE		Nº e-SUS NOTIFICA 19/05/2021
DEFINIÇÃO DE CASO:		
DADOS DE NOTIFICAÇÃO	UF de notificação: __ __	Município de Notificação:
	Estabelecimento de saúde:	Código CNES _ _ _ _ _ _ _ _ _
	Data de notificação (admissão): ____ ____ ____	

Dados do paciente

DADOS DA PESSOA	Estrangeiro (Marcar x) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado		Se estrangeiro, país de nascimento):		Passaporte: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
	CPF: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _			CNS: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		
	Nome completo do paciente:					
	Nome social:					
	Nome completo da Mãe:					
	Data de nascimento: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		Idade: _ _ _ (Marcar X) _ _ 1. Hora _ _ 2. Dia _ _ 3. Mês _ _ 4. Ano		Município de Nascimento:	
	Sexo: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Ignorado			Raça/Cor: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Ignorado		
	Se indígena, qual a etnia?		Escolaridade: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Nenhuma <input type="checkbox"/> EF incompleto <input type="checkbox"/> EF completo (até o 9º ano) <input type="checkbox"/> EM incompleto <input type="checkbox"/> EM completo (até o 3º ano) <input type="checkbox"/> Superior <input type="checkbox"/> Não se aplica <input type="checkbox"/> Ignorado			
	Ocupação: _____ Código (CBO) _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _			Doença/agravo relacionado ao trabalho? (Marcar X) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado		

Dados de Residência

DADOS DE RESIDENCIA	CEP de Residência: _ _ _ _ _ - _ _		UF de Residência: _ _
	Município de Residência:		Bairro:
	Logradouro:		
	Número:	Complemento:	
	Telefone de contato: _ _ - _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		País de Residência:

Dados clínicos

DADOS CLÍNICOS

Sinais e Sintomas (Marcar X)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Acúmulo de líquidos | <input type="checkbox"/> Aumento progressivo do hematócrito |
| <input type="checkbox"/> Acúmulo de líquidos com insuficiência respiratória | <input type="checkbox"/> Cefaleia |
| <input type="checkbox"/> Alteração da consciência | <input type="checkbox"/> Conjuntivite |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Convulsões |
| <input type="checkbox"/> Anúria | <input type="checkbox"/> Coriza |
| <input type="checkbox"/> Artrite | <input type="checkbox"/> Dispneia |
| <input type="checkbox"/> AST/ALT > 1.000 | <input type="checkbox"/> Distúrbios Gustativos |
| <input type="checkbox"/> Astralgia intensa | <input type="checkbox"/> Distúrbios Olfativos |
| <input type="checkbox"/> Dor abdominal intensa e contínua | <input type="checkbox"/> Hepatomegalia (\geq 2cm) |
| <input type="checkbox"/> Dor de Garganta | <input type="checkbox"/> Hipotensão arterial tardia |
| <input type="checkbox"/> Dor nas costas | <input type="checkbox"/> Hipotensão postural ou lipotímia |
| <input type="checkbox"/> Dor retroorbital | <input type="checkbox"/> Letargia |
| <input type="checkbox"/> Edema | <input type="checkbox"/> Leucopenia |
| <input type="checkbox"/> Equimose | <input type="checkbox"/> Melena |
| <input type="checkbox"/> Exantema | <input type="checkbox"/> Metrorragia volumosa |
| <input type="checkbox"/> Extremidades frias | <input type="checkbox"/> Mialgia |
| <input type="checkbox"/> Gengivorragia | <input type="checkbox"/> Miocardite |
| <input type="checkbox"/> Hematêmese | <input type="checkbox"/> Náuseas |

Dados clínicos (continuação)

<input type="checkbox"/> Irritabilidade	<input type="checkbox"/> Necrose
<input type="checkbox"/> Oligúria	<input type="checkbox"/> Queda abrupta de plaquetas
<input type="checkbox"/> Otite	<input type="checkbox"/> Sangramento de mucosas
<input type="checkbox"/> Outros sangramentos	<input type="checkbox"/> Sangramento do SNC
<input type="checkbox"/> PA Convergente (≤ 20 mmHg)	<input type="checkbox"/> Taquicardia
<input type="checkbox"/> Petéquias	<input type="checkbox"/> Tempo de enchimento capilar
<input type="checkbox"/> Prova do Laço positiva	<input type="checkbox"/> Turvação visual
<input type="checkbox"/> Ptose palpebral	<input type="checkbox"/> Urina escura
<input type="checkbox"/> Pulso débil ou indetectável	<input type="checkbox"/> Vômitos persistentes
Agravo/doença: _____	Código (CID10)
Data de início dos sintomas ___/___/_____	



MedDRA

Medical Dictionary
for Regulatory Activities



Secretaria de Vigilância
em Saúde - SVS

Ministério
da Saúde

DISQUE
SAÚDE **136**



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

