

DICIONÁRIO DE DADOS – FICHA DE NOTIFICAÇÃO MONKEYPOX

DICIONÁRIO DE DADOS

Nome do campo	Campo interno	Tipo	Categorias	Descrição	Regra	Características	Nome do campo na base de dados
INVESTIGAÇÃO							
DADOS DE HOSPITALIZAÇÃO E TRATAMENTO							

							SITUAÇÃO_INVESTIGACAO
46-Ocorreu Hospitalização?	st_hospitalização	Numérico(1)	1. Sim, devido as necessidades clínicas 2. Sim, para propósitos de isolamento 3. Não 9. Ignorado	Informar se ocorreu hospitalização		Campo de preenchimento obrigatório	HOSPITAL
47- Data da internação	dt_internacao	Date		Formato DD/MM/AAAA	Campo habilitado se campo "Ocorreu Hospitalização?" for igual a "Sim, devido as necessidades clínicas" ou "Sim, para propósitos de isolamento"	Campo de preenchimento obrigatório se campo "Ocorreu Hospitalização?" for igual a "Sim, devido as necessidades clínicas" ou "Sim, para propósitos de isolamento"	DT_INTERNA
48-O paciente foi para UTI?	st_uti	Numérico(1)	1. Sim 2. Não 9. Ignorado	Informar se a pessoa em atendimento foi internado na UTI	Campo habilitado se campo "Ocorreu Hospitalização?" for igual a "Sim, devido as necessidades clínicas" ou "Sim, para propósitos de isolamento"		UTI
49-UF da hospitalização	no_uf_hospital	Texto codificado por terminologia externa: IBGE		Sigla da Unidade Federativa (estado) em que a unidade de saúde em que a pessoa em atendimento foi hospitalizada se localiza.	Campo habilitado se campo "Ocorreu Hospitalização?" for igual a "Sim, devido as necessidades clínicas" ou "Sim, para propósitos de isolamento"	Campo de preenchimento obrigatório se campo "Ocorreu Hospitalização" for igual a "Sim, devido as necessidades clínicas" ou "Sim, para propósitos de isolamento"	SG_UF_HOSPITAL

50- Município da hospitalização	no_municipio_hospital	Texto codificado por terminologia externa: IBGE	-	Nome do município em que a unidade de saúde em que a pessoa em atendimento foi hospitalizada localiza	Campo habilitado se campo "Ocorreu Hospitalização?" for igual a "Sim, devido as necessidades clínicas" ou "Sim, para propósitos de isolamento"	Campo de preenchimento obrigatório se campo "Ocorreu Hospitalização" for igual a "Sim, devido as necessidades clínicas" ou "Sim, para propósitos de isolamento"	NO_MU_HOSPITAL
50-Código IBGE	co_municipio_hospital	Texto codificado por terminologia externa: IBGE	-	Nome do município em que a unidade de saúde em que a pessoa em atendimento foi hospitalizada localiza	Campo habilitado se campo "Ocorreu Hospitalização?" for igual a "Sim, devido as necessidades clínicas" ou "Sim, para propósitos de isolamento"	Campo de preenchimento obrigatório se campo "Ocorreu Hospitalização" for igual a "Sim, devido as necessidades clínicas" ou "Sim, para propósitos de isolamento"	CO_MU_HOSPITAL
51- CNES do hospital	co_unidade_hospital	Códigos e nomes da tabela do cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES)		Código do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde da unidade de saúde em que a pessoa em atendimento foi hospitalizada	Campo habilitado se campo "Ocorreu Hospitalização?" for igual a "Sim, devido as necessidades clínicas" ou "Sim, para propósitos de isolamento"	Campo de preenchimento obrigatório se campo "Ocorreu Hospitalização" for igual a "Sim, devido as necessidades clínicas" ou "Sim, para propósitos de isolamento"	CO_UNID_HOSPITALAR
51- Nome do hospital	no_unidade_hospitalar	Códigos e nomes da tabela do cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES)		Nome completo da unidade de saúde em que a pessoa em atendimento foi hospitalizada	Campo habilitado se campo "Ocorreu Hospitalização?" for igual a "Sim, devido as necessidades clínicas" ou "Sim, para propósitos de isolamento"	Campo de preenchimento obrigatório se campo "Ocorreu Hospitalização" for igual a "Sim, devido as necessidades clínicas" ou "Sim, para propósitos de isolamento"	NO_UNID_HOSPITALAR
52- Tratamento para Monkeypox	tp_trat_tecovimat	Numérico(1)	1. Tecovirimat 2. Brincidofovir 3. Cidofovir 4. Não informado	Informar qual o tratamento para monkeypox foi utilizado pela pessoa		Campo de preenchimento obrigatório	TRATAMENTO_MONKEYPOX

			5. Sim, mas o nome do tratamento antiviral não é conhecido 6. Não, sem tratamento antiviral 7. Outro(s)	em atendimento			
52- Tratamento para Monkeypox Outro(s), especifique	tp_tratamento_outros_espec	Letras e caracteres sem acentos		Informar qual outro tipo de tratamento foi utilizado pela pessoa em atendimento	Campo habilitado quando o campo "Tratamento para monkeypox" for igual a "Outro(s)"	Campo de preenchimento obrigatório se campo "Tratamento para monkeypox" for igual a "Outro(s)"	DS_TRAT_OUTROS_ESP

DADOS LABORATORIAIS DIAGNÓSTICO MOLECULAR PARA MONKEYPOX (qPCR)

53- Existe coleta de amostra laboratorial?	st_coleta_amostra_lab	Numérico(1)	1. Sim 2. Não	Informar se a pessoa em atendimento realizou coleta de amostra laboratorial		Campo de preenchimento obrigatório	COLETA_AMOS_LABOR
54- Data de coleta	dt_coleta_amostra	Date		Formato DD/MM/AAAA	Campo habilitado quando campo "Existe coleta de amostra laboratorial?" for igual a "Sim"		DT_COLETA
55- Tipo de amostra	tp_coleta_amostra_swab-ves	Numérico(1)	1. Swab de secreção de vesícula (incluindo swabs da superfície e/ou exsudato, de mais de uma erupção) 2. Crosta da erupção cutânea 3. Swab orofaríngeo 4. Soro 5. Sêmen 6. Urina 7. Swab retal 8. Swab genital 9. Outro	Informar qual o tipo de amostra laboratorial coletada	Campo habilitado quando campo "Existe coleta de amostra laboratorial?" for igual a "Sim"	Campo de preenchimento obrigatório	TP_AMOST
55- Tipo de amostra: outro, especifique	ds_coleta_amostra_out	Letras e caracteres sem acentos		Informar outro tipo de amostra laboratorial coletada	Campo habilitado quando campo "Tipo de amostra" for igual a "Outro"	Campo obrigatório quando campo "Tipo de amostra" for igual a "Outro"	DS_AMOST_OUTROS
56- Método laboratorial	método_lab_mpx_pcr	Numérico(1)	1. MPX PCR (positivo para Monkeypox poxvirus - específico PCR) 2. Sorologia 3. Ortho PCR (positivo para orthopoxvirus PCR) 4. Sanger 5. Sequenciamento 6. Next Generation Sequencing (NGS)	Informar qual o método laboratorial utilizado	Campo habilitado quando campo "Existe coleta de amostra laboratorial?" for igual a "Sim"		MET_LAB

			7. Outro				
56- Método laboratorial: outro, especifique	ds_metodo_lab_outro	Varchar(70)	Letras e caracteres sem acentos	Informar outro tipo de método laboratorial utilizado	Campo habilitado quando campo "Método laboratorial" for igual a "Outro, especifique"		DS_MET_LAB_OUTRO
57- Resultado do exame laboratorial	exame_labor_resul	Numérico(1)	1. Detectável 2. Inconclusivo/indeterminado 3. Não detectável 4. Pendente	Informar o resultado do exame laboratorial que foi realizado pela pessoa em atendimento	Campo habilitado quando campo "Existe coleta de amostra laboratorial?" for igual a "Sim"		RESULTADO_EXA_LAB
58- Se detectável, valor do CT:	ct_valor		Alfanumérico com caracteres especiais	Informar o valor do CT utilizado	Campo habilitado quando campo "Resultado do exame laboratorial" for igual a "1.Detectável"		VALOR CT

59- Caracterização genômica	genomica_carct	Numérico(1)	1. Sim 2. Não 9. Ignorado	Informar a caracterização genômica	Campo habilitado quando campo "Existe coleta de amostra laboratorial?" for igual a "Sim"		CARACT_GENOMICA
60- Se caracterização genômica, clado	tp_clado_wa	Numérico(1)	1. WA = clado da África Ocidental 2. CB = clado da Bacia do Congo 3. Outro	Informar o tipo de clado identificado	Campo habilitado quando campo "Caracterização genômica" for igual a "Sim"		CLADO
60- Se caracterização genômica, clado outro especifique	ds_clado_outro		Letras e caracteres sem acentos	Informar o outro tipo de Clado identificado	Campo habilitado quando campo "Clado" for igual a "Outro, especifique"		DS_CLADO_OUT
61- Se caracterização genômica, número de adesão	n_adesao_clado		Alfanumérico com caracteres especiais. 30 dígitos		Campo habilitado quando campo "Caracterização genômica" for igual a "Sim"		N_CLADO_ADESAO
RESULTADO DIAGNÓSTICO COMPLEMENTAR							
62- Existe coleta de amostra laboratorial para diagnóstico complementar?	diag_compl_amost_lab	Numérico(1)	1. Sim 2. Não	Informar se foi realizada coleta de amostra laboratorial para diagnóstico complementar da pessoa em atendimento		Campo de preenchimento obrigatório	AMOST_DIAG_COMPL
63- Data de coleta	dt_coleta_diagnostico	Date	-	Formato DD/MM/AAAA	Campo habilitado quando campo "Existe coleta de amostra laboratorial para diagnóstico complementar?" for igual a "Sim"		DT_COL_AMOST_DIAG

<p>64- Deseja inserir resultados de diagnósticos complementares?</p>	diag_comple_result	Numérico(1)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sim 2. Não 3. Aguardando resultados 	<p>Informar se está aguardando resultados ou se deseja inserir ou não os resultados de diagnósticos complementares</p>	<p>Campo habilitado quando campo "Existe coleta de amostra laboratorial para diagnóstico complementar?" for igual a "Sim"</p>	<p>Campo de preenchimento obrigatório</p>	RESULT_DIAG_COMPL
<p>65- Varicela/Herpes zoster</p>	diag_varicela_herpes	Numérico(1)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Confirmado clinicamente 2. Descartado clinicamente 3. Confirmado laboratorialmente 4. Descartado laboratorialmente 5. Não realizado 6. Aguardando resultado 	<p>Informar qual o resultado do diagnóstico de Varicela/Herpes Zoster realizado da pessoa em atendimento</p>	<p>Campo habilitado quando campo "Deseja inserir resultados de diagnóstico complementares?" for igual a "Sim" ou "aguardando resultado"</p>	<p>Campo de preenchimento obrigatório</p>	VARICELA_HERPESES_ZOS
<p>66- Herpes simples</p>	diag_herpes_simples	Numérico(1)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Confirmado clinicamente 2. Descartado clinicamente 3. Confirmado laboratorialmente 4. Descartado laboratorialmente 5. Não realizado 6. Aguardando resultado 	<p>Informar qual o resultado do diagnóstico de Herpes Simples realizado na pessoa em atendimento</p>	<p>Campo habilitado quando campo "Deseja inserir resultados de diagnóstico complementares?" for igual a "Sim" ou "aguardando resultado"</p>	<p>Campo de preenchimento obrigatório</p>	HERPES_SIMPLES
<p>67- Infecções bacterianas de pele:</p>	diag_infec_bacteriana_pele	Numérico(1)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Confirmado clinicamente 2. Descartado clinicamente 3. Confirmado laboratorialmente 4. Descartado laboratorialmente 5. Não realizado 6. Aguardando resultado 	<p>Informar qual o resultado do diagnóstico de Infecções bacterianas de pele realizado na pessoa em atendimento</p>	<p>Campo habilitado quando campo "Deseja inserir resultados de diagnóstico complementares?" for igual a "Sim" ou "aguardando resultado"</p>	<p>Campo de preenchimento obrigatório</p>	INFEC_BACT_DE_PELE

68- Sífilis primária ou secundária	diag_sifilis_pri_sec	Numérico(1)	1. Confirmado clinicamente 2. Descartado clinicamente 3. Confirmado laboratorialmente 4. Descartado laboratorialmente 5. Não realizado 6. Aguardando resultado	Informar qual o resultado do diagnóstico de Sífilis Primária ou Secundária realizado na pessoa em atendimento	Campo habilitado quando campo "Deseja inserir resultados de diagnóstico complementares?" for igual a "Sim" ou "aguardando resultado"	Campo de preenchimento obrigatório	SIF_PRIMARIA_SECUN
69- Linfogranuloma venéreo:	diag_linfogranuloma_venereo	Numérico(1)	1. Confirmado clinicamente 2. Descartado clinicamente 3. Confirmado laboratorialmente 4. Descartado laboratorialmente 5. Não realizado 6. Aguardando resultado	Informar qual o resultado do diagnóstico de Linfogranuloma Venéreo realizado na pessoa em atendimento	Campo habilitado quando campo "Deseja inserir resultados de diagnóstico complementares?" for igual a "Sim" ou "aguardando resultado"	Campo de preenchimento obrigatório	LINFOGRANUL_VENEREO
70- Cancroide:	diag_cancroide	Numérico(1)	1. Confirmado clinicamente 2. Descartado clinicamente 3. Confirmado laboratorialmente 4. Descartado laboratorialmente 5. Não realizado 6. Aguardando resultado	Informar qual o resultado do diagnóstico de Cancroide realizado na pessoa em atendimento	Campo habilitado quando campo "Deseja inserir resultados de diagnóstico complementares?" for igual a "Sim" ou "aguardando resultado"	Campo de preenchimento obrigatório	CANCROIDE
71- Molusco contagioso (Poxvírus):	diag_molusco_contagioso	Numérico(1)	1. Confirmado clinicamente 2. Descartado clinicamente 3. Confirmado laboratorialmente 4. Descartado laboratorialmente 5. Não realizado 6. Aguardando resultado	Informar qual o resultado do diagnóstico de Molusco Contagioso (Poxvírus) realizado na pessoa em atendimento	Campo habilitado quando campo "Deseja inserir resultados de diagnóstico complementares?" for igual a "Sim" ou "aguardando resultado"	Campo de preenchimento obrigatório	MOLUSCO_CONTAGIOSO

72- Infecção gonocócica disseminada	diag_gonococica_diss	Numérico(1)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Confirmado clinicamente 2. Descartado clinicamente 3. Confirmado laboratorialmente 4. Descartado laboratorialmente 5. Não realizado 6. Aguardando resultado 	<p>Informar qual o resultado diagnóstico de Infecção Gonocócica Disseminada realizado na pessoa em atendimento</p>	<p>Campo habilitado quando campo "Deseja inserir resultados de diagnóstico complementares?" for igual a "Sim" ou "aguardando resultado"</p>	Campo de preenchimento obrigatório	INFEC_GONOCO DISS
73- Granuloma inguinal	diag_granuloma_inguin al	Numérico(1)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Confirmado clinicamente 2. Descartado clinicamente 3. Confirmado laboratorialmente 4. Descartado laboratorialmente 5. Não realizado 6. Aguardando resultado 	<p>Informar qual o resultado diagnóstico de Granuloma Inguinal realizado na pessoa em atendimento</p>	<p>Campo habilitado quando campo "Deseja inserir resultados de diagnóstico complementares?" for igual a "Sim" ou "aguardando resultado"</p>	Campo de preenchimento obrigatório	GRANULOMA_INGUINAL
74- Reação alérgica	diag_reacao_alergica	Numérico(1)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Confirmado clinicamente 2. Descartado clinicamente 3. Confirmado laboratorialmente 4. Descartado laboratorialmente 5. Não realizado 6. Aguardando resultado 	<p>Informar qual o resultado diagnóstico de Reação Alérgica realizado na pessoa em atendimento</p>	<p>Campo habilitado quando campo "Deseja inserir resultados de diagnóstico complementares?" for igual a "Sim" ou "aguardando resultado"</p>	Campo de preenchimento obrigatório	REACAO_ALER
75- Especifique quaisquer outras causas de erupção cutânea papular ou vesicular	ds_outras_causas_erup cao	Letras e caracteres sem acentos		<p>Informar quaisquer outras causas de erupção cutânea papular ou vesicular</p>	<p>Campo habilitado quando campo "Deseja inserir resultados de diagnóstico complementares?" for igual a "Sim" ou "aguardando resultado"</p>		OUT_CAUSAS_ERUPCAO

INVESTIGAÇÃO DE INFORMAÇÕES INDIVIDUAIS

76- Comportamento sexual	comp_sexual	Numérico(1)	1. Relações sexuais com homens 2. Relações sexuais com mulheres 3. Relações sexuais com homens e mulheres	Informar qual o histórico de comportamento sexual da pessoa em atendimento	Campo desabilitado quando campo "Idade" for ≤ a 14 anos. Campo preenchido com a categoria "Não se aplica", se campo "Idade" for ≤ a 14 anos.	Campo de preenchimento obrigatório	COMP_SEXUAL
77- Parcerias múltiplas	parcerias_multip	Numérico(1)	1. Sim 2. Não 9. Ignorado	Informar se a pessoa em atendimento tem parcerias múltiplas	Campo desabilitado quando campo "Idade" for ≤ a 14 anos. Campo preenchido com a categoria "Não se aplica", se campo "Idade" for ≤ a 14 anos.	Campo de preenchimento obrigatório	PARCERIAS_MULTP
78- O paciente é imunossuprimido?	pac_imunodeprimido	Numérico(1)	1. Sim - devido alguma doença 2. Sim - devido a medicação 3. Sim - causa desconhecida 4. Não 9. Ignorado	Informar se a pessoa em atendimento é imunodeprimida		Campo de preenchimento obrigatório	PAC_IMUNODEP
78- O paciente é imunossuprimido? Descreva	ds_pac_imunodep_doenca	varchar(100)	Letras e caracteres sem acentos	Informar a doença que causa imunodepressão na pessoa em atendimento	Campo habilitado quando o campo "O paciente é imunodeprimido?" for igual a "Sim - devido alguma doença"	Campo de preenchimento obrigatório quando o campo "O paciente é imunodeprimido?" for igual a "Sim - devido alguma doença"	DS_DOEN_PAC_IMUNOSSUP

79- O paciente é HIV Positivo?	pac_hiv	Numérico(1)	1. Sim 2. Não 9. Ignorado	Informar se a pessoa em atendimento é HIV positivo		Campo de preenchimento obrigatório	HIV
80- Se paciente HIV positivo, contagem das células CD4	contagem_hiv_cd4	Numérico(5)			Campo habilitado quando campo "O paciente é HIV Positivo?" for igual a "Sim"		CONTAG_CD4
81-O paciente está com alguma IST ativa?	pac_ist_ativa	Numérico(1)	1. Sim 2. Não 9. Ignorado	Informar se a pessoa em atendimento está com alguma IST ativa		Campo de preenchimento obrigatório	IST_ATIVA
82- Qual (ais) IST(S)?: Clamídea	ist_clamidea	Numérico(2)	1. Clamídea 2. Gonorreia 3. Herpes genital 4. Cancro mole (cancroide) 5. Donovanose 6. Linfogranuloma venéreo (LGV) 7. Mycoplasma genitalium 8. Sífilis 9. HPV 10. Infecção pelo vírus T-linfotrópico humano (HTLV) 11. Trichomonas vaginalis 12. Verruga genital 13. Doença Inflamatória Pélvica (DIP) 14. Outras	Informar qual a IST ativa que a pessoa em atendimento tem	Campo habilitado quando campo "O paciente está com alguma IST ativa?" for igual a "Sim"	Campo de preenchimento obrigatório se campo "O paciente está com alguma IST ativa?" for igual a "Sim"	CLAMIDEA
82- Qual (ais) IST(S)?: Gonorreia	ist_gonorreia	Numérico(2)	1. Clamídea 2. Gonorreia 3. Herpes genital 4. Cancro mole (cancroide) 5. Donovanose 6. Linfogranuloma venéreo (LGV)	Informar qual a IST ativa que a pessoa em atendimento tem	Campo habilitado quando campo "O paciente está com alguma IST ativa?" for igual a "Sim"	Campo de preenchimento obrigatório se campo "O paciente está com alguma IST ativa?" for igual a "Sim"	GONORREIA

			<p>7. Mycoplasma genitalium 8. Sífilis 9. HPV 10. Infecção pelo vírus T- linfotrópico humano (HTLV) 11. Trichomomas vaginalis 12. Verruga genital 13. Doença Inflamatória Pélvica (DIP) 14. Outras</p>				
<p>82- Qual (ais) IST(S)?: Herpes genital</p>	ist_herpes_genital	Numérico(2)	<p>1. Clamídea 2. Gonorreia 3. Herpes genital 4. Cancro mole (cancroide) 5. Donovanose 6. Linfogranuloma venéreo (LGV) 7. Mycoplasma genitalium 8. Sífilis 9. HPV 10. Infecção pelo vírus T- linfotrópico humano (HTLV) 11. Trichomomas vaginalis 12. Verruga genital 13. Doença Inflamatória Pélvica (DIP) 14. Outras</p>	Informar qual a IST ativa que a pessoa em atendimento tem	Campo habilitado quando campo "O paciente está com alguma IST ativa?" for igual a "Sim"	Campo de preenchimento obrigatório se campo "O paciente está com alguma IST ativa?" for igual a "Sim"	HERPES_GENITAL
<p>82- Qual (ais) IST(S)?: Cancro mole</p>	ist_cancro_mole	Numérico(2)	<p>1. Clamídea 2. Gonorreia 3. Herpes genital 4. Cancro mole (cancroide) 5. Donovanose 6. Linfogranuloma venéreo (LGV) 7. Mycoplasma genitalium 8. Sífilis</p>	Informar qual a IST ativa que a pessoa em atendimento tem	Campo habilitado quando campo "O paciente está com alguma IST ativa?" for igual a "Sim"	Campo de preenchimento obrigatório se campo "O paciente está com alguma IST ativa?" for igual a "Sim"	CANCRO_MOLE

			<p>9. HPV</p> <p>10. Infecção pelo vírus T-linfotrópico humano (HTLV)</p> <p>11. Trichomomas vaginalis</p> <p>12. Verruga genital</p> <p>13. Doença Inflamatória Pélvica (DIP)</p> <p>14. Outras</p>				
<p>82- Qual (ais) IST(S)?: Donovanose</p>	ist_donovanose	Numérico(2)	<p>1. Clamídea</p> <p>2. Gonorreia</p> <p>3. Herpes genital</p> <p>4. Cancro mole (cancroide)</p> <p>5. Donovanose</p> <p>6. Linfogranuloma venéreo (LGV)</p> <p>7. Mycoplasma genitalium</p> <p>8. Sífilis</p> <p>9. HPV</p> <p>10. Infecção pelo vírus T-linfotrópico humano (HTLV)</p> <p>11. Trichomomas vaginalis</p> <p>12. Verruga genital</p> <p>13. Doença Inflamatória Pélvica (DIP)</p> <p>14. Outras</p>	Informar qual a IST ativa que a pessoa em atendimento tem	Campo habilitado quando campo "O paciente está com alguma IST ativa?" for igual a "Sim"	Campo de preenchimento obrigatório se campo "O paciente está com alguma IST ativa?" for igual a "Sim"	DONOVANOSE
<p>82- Qual (ais) IST(S)?: Linfogranuloma venéreo (LGV)</p>	ist_linfogranuloma	Numérico(2)	<p>1. Clamídea</p> <p>2. Gonorreia</p> <p>3. Herpes genital</p> <p>4. Cancro mole (cancroide)</p> <p>5. Donovanose</p> <p>6. Linfogranuloma venéreo (LGV)</p> <p>7. Mycoplasma genitalium</p> <p>8. Sífilis</p> <p>9. HPV</p> <p>10. Infecção pelo vírus T-</p>	Informar qual a IST ativa que a pessoa em atendimento tem	Campo habilitado quando campo "O paciente está com alguma IST ativa?" for igual a "Sim"	Campo de preenchimento obrigatório se campo "O paciente está com alguma IST ativa?" for igual a "Sim"	LINFOGRANULOMA

			<p>linfotrópico humano (HTLV)</p> <p>11. Trichomomas vaginalis</p> <p>12. Verruga genital</p> <p>13. Doença Inflamatória Pélvica (DIP)</p> <p>14. Outras</p>				
<p>82- Qual (ais) IST(S)?: Mycoplasma genitalium</p>	ist_mycoplasma_genital	Numérico(2)	<p>1. Clamídea</p> <p>2. Gonorreia</p> <p>3. Herpes genital</p> <p>4. Cancro mole (cancroide)</p> <p>5. Donovanose</p> <p>6. Linfogranuloma venéreo (LGV)</p> <p>7. Mycoplasma genitalium</p> <p>8. Sífilis</p> <p>9. HPV</p> <p>10. Infecção pelo vírus T-linfotrópico humano (HTLV)</p> <p>11. Trichomomas vaginalis</p> <p>12. Verruga genital</p> <p>13. Doença Inflamatória Pélvica (DIP)</p> <p>14. Outras</p>	Informar qual a IST ativa que a pessoa em atendimento tem	Campo habilitado quando campo "O paciente está com alguma IST ativa?" for igual a "Sim"	Campo de preenchimento obrigatório se campo "O paciente está com alguma IST ativa?" for igual a "Sim"	MYCOPLASMA_GENITAL
<p>82- Qual (ais) IST(S)?: Sífilis</p>	ist_sifilis	Numérico(2)	<p>1. Clamídea</p> <p>2. Gonorreia</p> <p>3. Herpes genital</p> <p>4. Cancro mole (cancroide)</p> <p>5. Donovanose</p> <p>6. Linfogranuloma venéreo (LGV)</p> <p>7. Mycoplasma genitalium</p> <p>8. Sífilis</p> <p>9. HPV</p> <p>10. Infecção pelo vírus T-linfotrópico humano (HTLV)</p> <p>11. Trichomomas vaginalis</p>	Informar qual a IST ativa que a pessoa em atendimento tem	Campo habilitado quando campo "O paciente está com alguma IST ativa?" for igual a "Sim"	Campo de preenchimento obrigatório se campo "O paciente está com alguma IST ativa?" for igual a "Sim"	SIFILIS

			<p>12. Verruga genital 13. Doença Inflamatória Pélvica (DIP) 14. Outras</p>				
82- Qual (ais) IST(S)?: HPV	ist_hpv	Numérico(2)	<p>1. Clamídea 2. Gonorreia 3. Herpes genital 4. Cancro mole (cancroide) 5. Donovanose 6. Linfgranuloma venéreo (LGV) 7. Mycoplasma genitalium 8. Sífilis 9. HPV 10. Infecção pelo vírus T-linfotrópico humano (HTLV) 11. Trichomomas vaginalis 12. Verruga genital 13. Doença Inflamatória Pélvica (DIP) 14. Outras</p>	Informar qual a IST ativa que a pessoa em atendimento tem	Campo habilitado quando campo "O paciente está com alguma IST ativa?" for igual a "Sim"	Campo de preenchimento obrigatório se campo "O paciente está com alguma IST ativa?" for igual a "Sim"	HPV
82- Qual (ais) IST(S)?: Infecção pelo vírus T-linfotrópico humano (HTLV)	ist_infec_virus_linfotro pico	Numérico(2)	<p>1. Clamídea 2. Gonorreia 3. Herpes genital 4. Cancro mole (cancroide) 5. Donovanose 6. Linfgranuloma venéreo (LGV) 7. Mycoplasma genitalium 8. Sífilis 9. HPV 10. Infecção pelo vírus T-linfotrópico humano (HTLV) 11. Trichomomas vaginalis 12. Verruga genital 13. Doença Inflamatória</p>	Informar qual a IST ativa que a pessoa em atendimento tem	Campo habilitado quando campo "O paciente está com alguma IST ativa?" for igual a "Sim"	Campo de preenchimento obrigatório se campo "O paciente está com alguma IST ativa?" for igual a "Sim"	HTLV

			Pélvica (DIP) 14. Outras				
82- Qual (ais) IST(S)?: Trichomomas vaginalis	ist_ trichomoma_vaginalis	Numérico(2)	1. Clamídea 2. Gonorreia 3. Herpes genital 4. Cancro mole (cancroide) 5. Donovanose 6. Linfogranuloma venéreo (LGV) 7. Mycoplasma genitalium 8. Sífilis 9. HPV 10. Infecção pelo vírus T-linfotrópico humano (HTLV) 11. Trichomomas vaginalis 12. Verruga genital 13. Doença Inflamatória Pélvica (DIP) 14. Outras	Informar qual a IST ativa que a pessoa em atendimento tem	Campo habilitado quando campo "O paciente está com alguma IST ativa?" for igual a "Sim"	Campo de preenchimento obrigatório se campo "O paciente está com alguma IST ativa?" for igual a "Sim"	OTRICHOMOMAS_VAGINAL
82- Qual (ais) IST(S)?: Verruga genital	ist_verruga_genital	Numérico(2)	1. Clamídea 2. Gonorreia 3. Herpes genital 4. Cancro mole (cancroide) 5. Donovanose 6. Linfogranuloma venéreo (LGV) 7. Mycoplasma genitalium 8. Sífilis 9. HPV 10. Infecção pelo vírus T-linfotrópico humano (HTLV) 11. Trichomomas vaginalis 12. Verruga genital 13. Doença Inflamatória	Informar qual a IST ativa que a pessoa em atendimento tem	Campo habilitado quando campo "O paciente está com alguma IST ativa?" for igual a "Sim"	Campo de preenchimento obrigatório se campo "O paciente está com alguma IST ativa?" for igual a "Sim"	VERRUGA_GENITAL

			Pélvica (DIP) 14. Outras				
82- Qual (ais) IST(S)?: Doença Inflamatória Pélvica (DIP)	ist_dip	Numérico(2)	1. Clamídea 2. Gonorreia 3. Herpes genital 4. Cancro mole (cancroide) 5. Donovanose 6. Linfogranuloma venéreo (LGV) 7. Mycoplasma genitalium 8. Sífilis 9. HPV 10. Infecção pelo vírus T-linfotrópico humano (HTLV) 11. Trichomomas vaginalis 12. Verruga genital 13. Doença Inflamatória Pélvica (DIP) 14. Outras	Informar qual a IST ativa que a pessoa em atendimento tem	Campo habilitado quando campo "O paciente está com alguma IST ativa?" for igual a "Sim"	Campo de preenchimento obrigatório se campo "O paciente está com alguma IST ativa?" for igual a "Sim"	DIP
82- Qual (ais) IST(S)?: Outras	ist_outras	Numérico(2)	1. Clamídea 2. Gonorreia 3. Herpes genital 4. Cancro mole (cancroide) 5. Donovanose 6. Linfogranuloma venéreo (LGV) 7. Mycoplasma genitalium 8. Sífilis 9. HPV 10. Infecção pelo vírus T-linfotrópico humano (HTLV) 11. Trichomomas vaginalis 12. Verruga genital 13. Doença Inflamatória	Informar qual a IST ativa que a pessoa em atendimento tem	Campo habilitado quando campo "O paciente está com alguma IST ativa?" for igual a "Sim"	Campo de preenchimento obrigatório se campo "O paciente está com alguma IST ativa?" for igual a "Sim"	OUTRAS_IST

			Pélvica (DIP) 14. Outras				
82- Qual (ais) IST(S)?: Outra, especifique	ds_ist_outras	Letras e caracteres sem acentos		Informar qual outra IST ativa a pessoa em atendimento tem	Campo habilitado quando campo "Qual?" for igual a "Outras, especifique:"		DS_OUTRAS_IST
83- Possui histórico de vacinação para Smallpox (varíola humana)?	st_vacina	Numérico(1)	1. Sim, devido a vacinação prévia não relacionada ao evento atual 2. Sim, pré-exposição profilática para o evento atual 3. Sim, pós-exposição profilática para o evento atual 4. Não 9. Ignorado	Informar se a pessoa em atendimento possui histórico de vacinação para Smallpox (varíola humana)		Campo de preenchimento obrigatório	VACINA
84- Data da vacina	dt_vacina	Date		Formato DD/MM/AAAA	Campo habilitado quando campo "Possui histórico de vacinação para Smallpox (varíola humana)?" for igual a "Sim, devido a vacinação prévia não relacionada ao evento atual", "Sim, pré-exposição profilática para o evento atual" ou "Sim, pós-exposição profilática para o evento atual".		DATA_VACINA

EXPOSIÇÃO PROVÁVEL

85- Houve exposição próxima e prolongada, sem proteção respiratória, com caso provável ou confirmado de Monkeypox?	expo_sem_prot	Numérico(1)	1. Sim 2. Não 9. Ignorado	Informar se pessoa em atendimento teve exposição próxima e prolongada, sem proteção respiratória, com caso provável ou confirmado de monkeypox		Campo de preenchimento obrigatório	EXPO_SEM_PROT
86- Data da exposição	dt_exp	Date		Formato DD/MM/AAAA	Campo habilitado quando campo "Houve exposição próxima e prolongada, sem proteção respiratória, com caso provável ou confirmado de monkeypox?" for igual a "Sim".	Campo de preenchimento obrigatório se campo "Houve exposição próxima e prolongada, sem proteção respiratória, com caso provável ou confirmado de monkeypox?" for igual a "Sim".	DT_EXPO_SEM_PROT
87- Houve contato físico direto, incluindo sexual, com desconhecido/a(s) e/ou parcerias múltiplas, nos 21 dias anteriores ao início dos sinais e sintomas?	expo_cont_fis	Numérico(1)	1. Sim 2. Não 9. Ignorado	Informar se a pessoa em atendimento teve contato físico direto, incluindo sexual, com Desconhecido/a(s) e ou parcerias múltiplas, nos 21 dias anteriores ao início dos sinais e sintomas		Campo de preenchimento obrigatório	CONT_FIS_DIRETO
88- Data do contato físico	dt_expo_cont_fis	Date		Formato DD/MM/AAAA	Campo habilitado quando campo "Houve contato físico direto, incluindo sexual, com Desconhecido/a (s) e ou parcerias	Campo de preenchimento obrigatório se campo "Houve contato físico direto, incluindo sexual, com Desconhecido/a (s) e ou parcerias múltiplas, nos 21 dias anteriores ao início	DT_CONT_FIS_DIRETO

					múltiplas, nos 21 dias anteriores ao início dos sinais e sintomas?" for igual a "Sim".	
89- Houve história de contato íntimo, incluindo sexual, com algum caso provável ou confirmado de Monkeypox nos 21 dias anteriores ao início dos sinais e sintomas?	expo_cont_int	Numérico(1)	1. Sim 2. Não 9. Ignorado	Informar se a pessoa em atendimento teve história de contato íntimo, incluindo sexual, com algum caso provável ou confirmado de Monkeypox nos 21 dias anteriores ao início dos sinais e sintomas		Campo de preenchimento obrigatório CONT_INTIMO
90- Data do contato íntimo	dt_expo_cont_int	Date		Formato DD/MM/AAAA	Campo habilitado quando campo "Houve relato de contato íntimo, incluindo sexual, com algum caso provável ou confirmado de Monkeypox nos 21 dias anteriores ao início dos sinais e sintomas?" for igual a "Sim".	Campo de preenchimento obrigatório se campo "Houve relato de contato íntimo, incluindo sexual, com algum caso provável ou confirmado de Monkeypox nos 21 dias anteriores ao início dos sinais e sintomas?" for igual a "Sim". DT_CONT_INTIMO

<p>91- País</p>	<p>expo_pais</p>	<p>Varchar(4)</p>	<p>Tabela com código e descrição de países.</p>	<p>Informar em qual país ocorreu o contato íntimo da pessoa em atendimento</p>	<p>Campo habilitado quando campo "Houve relato de contato íntimo, incluindo sexual, com algum caso provável ou confirmado de Monkeypox nos 21 dias anteriores ao início dos sinais e sintomas?" for igual a "Sim".</p>		<p>PAIS_EXPO</p>
<p>92- Se ocorreu no Brasil, em qual UF?</p>	<p>expo_br_uf</p>	<p>varchar2(2)</p>	<p>Tabela com Códigos e siglas padronizados pelo IBGE</p>	<p>Informar o nome do estado brasileiro em que ocorreu o contato íntimo da pessoa em atendimento</p>	<p>Campo habilitado quando campo "Houve relato de contato íntimo, incluindo sexual, com algum caso provável ou confirmado de Monkeypox nos 21 dias anteriores ao início dos sinais e sintomas?" for igual a "Sim" e se o campo "País" for igual a "Brasil"</p>	<p>Campo de preenchimento obrigatório se campo "Houve relato de contato íntimo, incluindo sexual, com algum caso provável ou confirmado de Monkeypox nos 21 dias anteriores ao início dos sinais e sintomas?" for igual a "Sim" e se o campo "País" for igual a "Brasil"</p>	<p>UF_EXPO</p>
<p>93- Se ocorreu no Brasil, em qual município?</p>	<p>expo_br_mun</p>	<p>varchar2(15)</p>	<p>Tabela com Código e nome dos municípios do cadastro do IBGE</p>	<p>Nome do município</p>	<p>Campo habilitado quando campo "Houve história de contato íntimo, incluindo sexual, com algum caso provável ou confirmado de Monkeypox nos 21 dias anteriores aosinomas?" for igual a "Sim" e se o campo "País" for igual</p>	<p>Campo de preenchimento obrigatório se campo "Houve história de contato íntimo, incluindo sexual, com algum caso provável ou confirmado de Monkeypox nos 21 dias anteriores ao início dos sinais e sintomas?" for igual a "Sim" e se o campo "País" for igual</p>	<p>MUNICÍPIO_EXPO</p>

					sintomas?" for igual a "Brasil"		
94- Qual foi o local do contato com caso suspeito ou confirmado de Monkeypox	expo_local_contat	Númérico(1)	1. Domicílio 2. Vizinhança 3. Trabalho 4. Creche/Escola 5. Posto de Saúde/Hospital 6. Evento social sem contato sexual 7. Evento social com contato sexual 8. Outro 9. Ignorado	Variável de múltipla escolha. Informar onde foi que a pessoa em atendimento teve contato com caso suspeito ou confirmado de Monkeypox		Campo de preenchimento obrigatório	LOCAL_CONT
94- Qual foi o local do contato com caso suspeito ou confirmado de Monkeypox Outro, especifique	expo_local_contat_outro	varchar(100)	Letras e caracteres sem acentos	Informar qual o outro local que a pessoa em atendimento teve contato com caso suspeito ou confirmado de Monkeypox	Campo habilitado quando campo "Qual foi o local do contato com caso suspeito ou confirmado de Monkeypox" for igual a "Outro, especifique".		LOCAL_CONT_OUTRO
95- Detalhamentos da exposição	ds_expo_detal	varchar(100)	Letras e caracteres sem acentos	Informar detalhes da exposição			DS_DETALHA_EXP
96- Qual o nome do contato?	contat_nome	varchar2(70)	Letras e caracteres sem acentos	Informar o nome completo do contato da pessoa em atendimento	Campo habilitado quando campo "Houve exposição prolongada, sem proteção respiratória, com caso provável ou confirmado de Monkeypox?" for igual	Campo de preenchimento obrigatório.	NOME_CONT

					a "Sim".		
--	--	--	--	--	----------	--	--

97- Qual o (DDD) telefone do contato?	contat_tel	Numérico(11)		(XX) XXXXX-XXXX ou (XX) XXXX-XXXX	Campo habilitado quando campo "Houve exposição próxima e prolongada, sem proteção respiratória, com caso provável ou confirmado de Monkeypox?" for igual a "Sim".		TEL_CONT
98- O paciente viajou com os sintomas relatados?	viagem_sintomas	Numérico(1)	1. Sim 2. Não 9. Ignorado	Informar se a pessoa em atendimento realizou a viagem com os sintomas relatados no bloco "Sinais e Sintomas"		Campo de preenchimento obrigatório	VIAJOU_SINTOMAS
99- Houve contato com materiais contaminados, como roupas de cama e banho ou utensílios de uso comum, pertencentes a caso provável ou confirmado de Monkeypox nos 21 dias anteriores ao início dos sinais e sintomas?	contat_mat_utens	Numérico(1)	1. Sim 2. Não 9. Ignorado	Informar se pessoa em atendimento teve contato com materiais contaminados, como roupas de cama e banho ou utensílios de uso comum, pertencentes a caso provável ou confirmado de Monkeypox nos 21 dias anteriores ao início dos sinais e sintomas		Campo de preenchimento obrigatório	MAT_CONTAMINADO
100- O paciente é trabalhador de saúde que não fez uso adequado de equipamentos de proteção individual (EPI) com	trab_saude_sem_EPI	Numérico(1)	1. Sim 2. Não 9. Ignorado	Informar se pessoa em atendimento é trabalhador de saúde que não fez uso adequado de		Campo de preenchimento obrigatório	TRAB_SEM_EPI

história de contato com caso provável ou confirmado de Monkeypox nos 21 dias anteriores ao início dos sinais e sintomas?				equipamentos de proteção individual (EPI) com história de contato com caso provável ou confirmado de Monkeypox nos 21 dias anteriores ao início dos sinais e sintomas			
101- A doença em investigação tem relação com o trabalho?	st_doenca_trabalho	varchar2(1)	1. Sim 2. Não 3. Não se aplica 9. Ignorado	Informar se a doença em investigação tem relação com o trabalho da pessoa em atendimento		Campo de preenchimento obrigatório	DOENCA_TRA
102- Nome da empresa/empregador	no_empresa	varchar2(70)	Letras e caracteres sem acentos	Informar o nome da empresa ou empregador da pessoa em atendimento	Campo habilitado quando campo "A doença em investigação tem relação com o trabalho?" for igual a "Sim".		NOEMPRESA
103- Forma provável de transmissão	transm_prova_animal	Númerico(1)	1. Do animal para o homem 2. Transmissão via uso de drogas intravenosas e transfusão 3. Associado ao cuidado de saúde 4. Transmissão vertical (mãe - filho) 5. Transmissão em laboratório, devido a exposição profissional 6. Transmissão sexual 7. Contato com material contaminado (ex: roupas,	Informar a provável forma de transmissão do agravo em investigação		Campo de preenchimento obrigatório	TRANSM

			lençóis e objetos) 8. Desconhecida 9. Outra				
103- Forma provável de transmissão: Outra, especifique:	ds_transm_outra	Letras e caracteres sem acentos		Informar outra provável forma de transmissão do agravo em investigação	Campo habilitado quando campo "Forma provável de transmissão" for igual a "Outra, especifique".		DS_TRANSM_OUTR_FOR
104- Se transmitido do animal para o homem, com qual animal teve contato	animal_contato	Numérico	1. Pets: cão, gato 2. Pets roedores 3. Animal silvestre (excluindo roedor silvestre) 4. Roedor silvestre 5. Outro	Informar qual o tipo de animal que a pessoa em atendimento teve contato	Campo habilitado quando campo "Forma provável de transmissão" for igual a "Do animal para o homem".	Campo de preenchimento obrigatório se campo "Forma provável de transmissão" for igual a "Do animal para o homem"	CONTAT_ANIMAL
104- Se transmitido do animal para o homem, com qual animal teve contato Outro, especifique	animal_contato_outro	Letras e caracteres sem acentos		Informar outro animal com que a pessoa em atendimento tenha tido contato	Campo habilitado quando campo "Se transmitido do animal para o homem, com qual animal teve contato:" for igual a "Outro, especifique".	Campo de preenchimento obrigatório se campo "Forma provável de transmissão" for igual a "Do animal para o homem".	OUTRO_CONTAT_ANIMAL
105- O caso tem vínculo epidemiológico com caso provável ou confirmado de Monkeypox?	vinc_epidemia	Numérico(1)	1. Sim 2. Não	Informar se a pessoa em atendimento tem vínculo epidemiológico com algum caso provável ou confirmado de Monkeypox.		Campo de preenchimento obrigatório	VINCULO_EPI
CLASSIFICAÇÃO DO CASO							
106- Classificação Final	tp_classificacao_final	Numérico(1)	1. Confirmado (laboratorialmente) 2. Descartado 3. Provável	Informar qual a classificação final da pessoa em atendimento segundo			CLASSI_FIN

				a investigação.			
107- Data de conclusão da investigação	dt_conclusão	Date	Formato DD/MM/AAAA		Vinculada a outros casos suspeitos para a pessoa em atendimento.	Campo de preenchimento obrigatório se “Classificação final” for igual a “Confirmado (laboratorialmente)” , “Descartado” ou “Provável” .	DT_CONCLUSÃO
108- Evolução do caso	tp_evolucao_caso	Numérico(1)	1. Óbito por Monkeypox 2. Cura 3. Óbito por outra causa 9. Ignorado	Informar se a pessoa em atendimento evoluiu a Cura, óbito por Monkeypox, ou óbito por outra causa.			EVOLUÇÃO
109- Data de evolução	dt_evolucao	Date	Formato DD/MM/AAAA			Campo de preenchimento obrigatório se Evolução do caso for igual a “Óbito por Monkeypox” , Óbito por outra causa” ou “Cura” .	DT_EVOLUÇÃO
Informações complementares e observações	info_complem	varchar(100)		Descrever informações complementares e observações sobre a pessoa em atendimento			DS_OBSERVACAO