

Notificar é cuidar!

Notifique os casos de violência!

Mais informações:

Procure a Supervisão de Vigilância em Saúde (SUVIS) de sua região

www.prefeitura.sp.gov.br/covisa/enderecodesuvis

3º BLOCO: AGRESSÃO POR TERCEIROS

Assinalar a principal agressão

- Em caso de agressão física, **especificar instrumentos ou meios utilizados: força corporal; arma de fogo; arma branca; etc**
- Especificar a **freqüência**, ou seja quantas vezes ocorreu a **agressão**:
- Qual o (a) provável **agressor (a)**
- Se **for familiar**, especificar o grau de parentesco.
- Informar a **idade aproximada do (a) agressor (a)**: especificar em anos, assinalar **Idade ignorada** em caso de não ser possível precisar a idade
- Informar o **sexo do (a) agressor (a)**.

4º BLOCO: AUTO-AGRESSÃO

Especificar o **instrumento ou meio utilizado**

- **Intoxicação ou envenenamento (se possível informar qual substância)**

A FICHA SINAN DE INTOXICAÇÃO EXÓGENA
DEVE SER PREENCHIDA

5º BLOCO: EVENTO DE INTENÇÃO INDETERMINADA

Será preenchido quando não for possível dizer se trata-se de violência ou acidente.

INFORMAÇÕES SUPLEMENTARES

- Suspeita ou Evidência de que o paciente fez **uso de álcool e ou de drogas ilícitas** antes do evento que determinou a lesão.
- Se a paciente estava **grávida no momento do evento** que determinou a lesão.

DADOS DA OCORRÊNCIA

- Local da ocorrência **CAMPO OBRIGATÓRIO**
- Endereço da ocorrência (exceto para residência): escrever o mais completo possível, com o **nome da via, número, complemento, CEP, Bairro, Distrito administrativo, Cidade e Ponto de referência CAMPO OBRIGATÓRIO**

CARACTERIZAR A LESÃO MAIS RELEVANTE CAMPO OBRIGATÓRIO com exceção da agressão sexual, psicológica, negligência e abandono, síndromes de maus tratos e outros.

DIAGNÓSTICO DA LESÃO CAMPO OBRIGATÓRIO

Campo destinado para complementação de informação da lesão relevante, caso algum aspecto não tenha sido contemplado, **com transcrição do código da CID 10**. Caso haja outras lesões concomitantes pode-se, também, complementar.

NOME DO RESPONSÁVEL PELO ATENDIMENTO: colocar o nome do profissional de forma legível.

INSCRIÇÃO NO CONSELHO PROFISSIONAL: especificar qual conselho pertence e seu respectivo número.
CAMPO OBRIGATÓRIO

Notificar é cuidar!

Notifique os casos de violência!



O seu ato é importante para formar uma rede de proteção

PROFISSIONAL DA SAÚDE – NOTIFICAR É CUIDAR

PREENCHIMENTO DA FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA E ACIDENTES

O SIVVA – Sistema de Informação e Vigilância de Violência e Acidentes- constitui um instrumento de responsabilidade e uso obrigatório para todos os profissionais de saúde nos serviços hospitalares, urgência e emergência da rede pública e privada e demais serviços de saúde do SUS da Cidade de São Paulo e tem como finalidade a informação em saúde.

A ficha de notificação de casos suspeitos ou confirmados deve ser preenchida por todos os profissionais de saúde quando o usuário apresentar sinais ou sintomas ou relatar situação de violência/acidente. Entretanto, existem campos que são da competência médica, tais como a caracterização da lesão e o diagnóstico da lesão.

No caso de crianças e adolescentes (0 a 18 anos) deve-se encaminhar uma cópia às autoridades competentes, CONSELHO TUTELAR E VARA DE INFÂNCIA E JUVENTUDE.

No caso de idosos encaminha-se uma cópia para o CONSELHO DO IDOSO E NOS CASOS MAIS GRAVES PODE-SE ENVIAR UMA CÓPIA AO MINISTÉRIO PÚBLICO.

DEVE-SE SEMPRE MANTER UMA CÓPIA NO PRONTUÁRIO DO USUÁRIO

GUIA PARA O PREENCHIMENTO

IDENTIFICAÇÃO DO ATENDIMENTO

- **Data do Atendimento:**
No formato dd/mm/aaaa **CAMPO OBRIGATÓRIO**
- **Hora:**
No formato hh:mm **CAMPO OBRIGATÓRIO**

DADOS GERAIS DO USUÁRIO

- **Nº Cartão SUS:**
Anotar o número existente no cartão
- **Documento:**
Não ou *Sim* **CAMPO OBRIGATÓRIO**
- **Nº do documento:**
CAMPO OBRIGATÓRIO
- **Nome:**
Transcrever conforme o documento apresentado **CAMPO OBRIGATÓRIO**
- **Data Nascimento:**
Preencher no formato dd/mm/aaaa
- **Idade:**
Este dado pode ser colhido junto ao atendido, ao acompanhante ou apresentação de documento;

- **Raça/Cor:**
Especificar se *Branca* ou *Preta* ou *Amarela* ou *Indígena* ou *Parda*, lembrando-se que deve ser auto-referida **CAMPO OBRIGATÓRIO**
- **Escolaridade:**
Em anos de estudo **CAMPO OBRIGATÓRIO**
- **Pessoa com Deficiência:**
Especificar se *não* ou *sim* **CAMPO OBRIGATÓRIO**
- **Qual tipo de deficiência?**
Especificar o tipo **CAMPO OBRIGATÓRIO**
- **Nome da Mãe:**
Transcrever conforme o documento apresentado ou o mais completo possível **CAMPO OBRIGATÓRIO**
- **Endereço de residência:**
O mais completo possível.
- **Telefone p/ contato:**
Não esquecer de especificar o DDD .
- **Nome do Acompanhante:**
Para crianças e adolescentes, o preenchimento deste campo deve ser o mais completo possível, atenção ao *grau de relacionamento*.
- **Nome do Responsável Legal:**
No caso de crianças e adolescentes, atenção ao grau de relacionamento. **CAMPO OBRIGATÓRIO**

- **Não foi possível coletar:**
Refere-se a impossibilidade de identificar o responsável legal de menores
- **Adolescente Emancipado:**
assinalar o campo em caso afirmativo
- **Quem Transportou:**
especificar o meio de socorro ou transporte usado para chegar na unidade **CAMPO OBRIGATÓRIO**

CARACTERIZAÇÃO DAS CIRCUNSTÂNCIAS EM QUE OCORREU A VIOLÊNCIA OU ACIDENTE

Assinale apenas um dos blocos das circunstâncias da violência ou acidente, ou seja, o mais relevante **CAMPO OBRIGATÓRIO**

1º BLOCO: ACIDENTE DE TRÂNSITO

Importante preencher os campos local de ocorrência; se condutor, ocupante, pedestre; horário aproximado.

2º BLOCO: OUTROS ACIDENTES

Assinalar uma única possibilidade.
Obs- O acidente doméstico pode estar ocultando uma grave situação de violência – Importante observar acidentes repetidos, sinais incompatíveis com a descrição- local da lesão, horário...

LEMBRAR QUE ACIDENTE DE TRABALHO TEM FICHA PRÓPRIA