DICIONÁRIO DE DADOS – GO DATA

EXPORTAÇÃO XLS/XLSX/CSV DA NOTIFICAÇÃO DE ÓBITOS CONFIRMADOS OU SUSPEITOS POR ARBOVÍRUS (DENGUE, CHIKUNGUNYA, ZIKA)

ID NO GODATA	NOME DA COLUNA	TIPO DE SAÍDA	DESCRIÇÃO
ABA PESSOAL			
-	Nome completo*	Texto	Nome completo do paciente.
-	Nome completo da mãe*	Texto	Nome completo da mãe do paciente.
-	Nome social	Texto	Nome social do paciente, se aplicável.
-	Sexo ao nascimento	Texto	Sexo do paciente (Feminino, Intersexo, Masculino).
-	Gestante	Texto	Situação de gravidez (Ignorado, Não grávida, 1º Trimestre, etc.).
-	Idade e data de nascimento	Texto	Idade ou data de nascimento do paciente.
-	Identificador do caso*	Texto/Número	Número identificador do SINAN
-	Usuário atribuído*	Texto	Nome do usuário responsável pela notificação no sistema GoData.
SUBTÍTULO: Endereço			
-	Endereço de residência*	Texto	Endereço de residência do paciente.
-	Número de telefone	Número	Telefone do paciente.
-	Local*	Texto	Cidade do endereço do paciente.
-	Bairro	Texto	Bairro do endereço do paciente.
-	CEP	Número	CEP do endereço do paciente.
-	Logradouro e número	Texto/Número	Nome da rua e número do endereço do paciente.
-	Latitude*	Número	Latitude da localização do paciente.
-	Longitude*	Número	Longitude da localização do paciente.
ABA EPIDEMIOLOGIA			
-	Classificação*	Texto	Classificação do caso (Em investigação, Óbito por Dengue, Óbito por Chikungunya, Óbito por Zika).
-	Data de início dos sintomas*	Data	Data em que os sintomas começaram.
-	Status da investigação do caso	Texto	Status da investigação (Em andamento, Encerrada, Não investigado).
-	Data de conclusão da investigação*	Data	Data em que a investigação foi concluída.
-	Data de notificação*	Data	Data em que a notificação foi realizada.
-	Situação final do acompanhamento	Texto	Situação final do acompanhamento (Em acompanhamento, Óbito, etc.).

ID NO GODATA	NOME DA COLUNA	TIPO DE SAÍDA	DESCRIÇÃO
ABA QUESTIONÁRIO			
SUBTÍTULO: Investigação Óbito			
1	CPF*	Texto/Número	Número do Cadastro de Pessoa Física (CPF) do paciente, utilizado para identificação única no sistema.
2	Número da DO*	Texto/Número	Número da Declaração de Óbito (DO) do paciente, conforme documento oficial emitido.
3	Data do óbito*	Data	Data em que ocorreu o óbito do paciente, conforme registro oficial.
SUBTÍTULO: Dados clínicos			
4	Sinais e sintomas*	Texto	Indicar todos os sinais e sintomas apresentados pelo paciente durante a evolução do caso, como por exemplo: febre, mialgia, náuseas, diarreia, entre outros.
5	Possui comorbidades/ fatores de risco?*	Texto (Sim/Não/Não informado)	Indica se o paciente apresentava alguma comorbidade pré-existente ou fator de risco que possa ter contribuído para a evolução do caso.
5.1.1	Quais comorbidades? *	Texto (múltipla escolha)	Descrever quais comorbidades ou fatores de risco o paciente possuía, como por exemplo: diabetes, hipertensão, cardiopatias, imunossupressão, entre outros.
6	Paciente apresentou infecção aguda concomitante com a arbovirose?*	Texto (Sim/Não)	Indica se o paciente apresentou outra infecção aguda simultaneamente à arbovirose (como dengue, chikungunya ou zika), que possa ter influenciado o quadro clínico.
6.1.1	Qual infecção? *	Texto	Informar qual infecção concomitante foi identificada no paciente.
SUBTÍTULO: Vacinação			
7	Recebeu vacina contra dengue?*	Texto (Sim/Não)	Indica se o paciente recebeu vacinação contra dengue previamente ao adoecimento.
7.1.1	Qual vacina?*	Texto (múltipla escolha)	Informar qual vacina contra dengue foi administrada ao paciente, podendo incluir: Qdenga (primeira dose), Qdenga (segunda dose) ou Butantan-DV (dose única).
7.1.1.1.1	Data de aplicação – Qdenga (primeira dose)*	Data	Informar a data em que foi aplicada a primeira dose da vacina Qdenga.
7.1.1.1.2	Lote – Qdenga (primeira dose)*	Texto	Informar o número do lote da vacina Qdenga (primeira dose), conforme registro de imunização.
7.1.1.1.1	Data de aplicação – Qdenga (segunda dose)*	Data	Informar a data em que foi aplicada a segunda dose da vacina Qdenga.
7.1.1.1.2	Lote – Qdenga (segunda dose)*	Texto	Informar o número do lote da vacina Qdenga (segunda dose), conforme registro de imunização.
7.1.1.1.1	Data de aplicação – Butantan-DV (dose única)*	Data	Informar a data em que foi aplicada a vacina Butantan-DV (dose única).
7.1.1.1.2	Lote – Butantan-DV (dose única)*	Texto	Informar o número do lote da vacina Butantan-DV, conforme registro de imunização.
SUBTÍTULO: Dados Laboratoriais			
8	Quais exames?*	Texto (múltipla escolha)	Indicar todos os exames laboratoriais realizados no paciente, tais como: Teste Rápido NS1, NS1 ELISA, Sorologia ELISA IgM, Sorologia ELISA IgG e Biologia Molecular (PCR).
8.1.1.1.1	Data da coleta – Teste Rápido NS1*	Data	Informar a data em que foi realizada a coleta da amostra para o Teste Rápido NS1.
8.1.1.1.2	Resultado – Teste Rápido NS1*	Texto (Positivo/ Negativo/ Inconclusivo/Em andamento)	Resultado obtido no Teste Rápido NS1, conforme laudo laboratorial.
8.1.1.1.1	Data da coleta – NS1 ELISA*	Data	Informar a data de coleta da amostra para o exame NS1 ELISA.
8.1.1.1.2	Resultado – NS1 ELISA*	Texto (Positivo/ Negativo/ Inconclusivo/Em andamento)	Resultado obtido no exame NS1 ELISA.
8.1.1.1.1	Data da coleta – Sorologia ELISA IgM*	Data	Informar a data de coleta da amostra para o exame de Sorologia ELISA IgM.
8.1.1.1.2	Resultado – Sorologia ELISA IgM*	Texto (Positivo/ Negativo/ Inconclusivo/Em andamento)	Resultado obtido no exame de Sorologia ELISA IgM.
8.1.1.1.1	Data da coleta – Sorologia ELISA IgG*	Data	Informar a data de coleta da amostra para o exame de Sorologia ELISA IgG.

ID NO GODATA	NOME DA COLUNA	TIPO DE SAÍDA	DESCRIÇÃO
8.1.1.1.2	Resultado – Sorologia ELISA IgG*	Texto (Positivo/ Negativo/ Inconclusivo/Em andamento)	Resultado obtido no exame de Sorologia ELISA IgG.
8.1.1.1.1	Data da coleta – Biologia Molecular (PCR)*	Data	Informar a data de coleta da amostra para o exame de Biologia Molecular (PCR).
8.1.1.1.2	Resultado – Biologia Molecular (PCR)*	Texto (Positivo/ Negativo/ Inconclusivo/Em andamento)	Resultado obtido no exame de PCR.
9	Ocorreu identificação do sorotipo?*	Texto (Sim/Não/ Não informado)	Indica se houve identificação do sorotipo do vírus da dengue no caso investigado.
9.1.1	Qual sorotipo?*	Texto	Informar qual sorotipo foi identificado (DENV-1, DENV-2, DENV-3 ou DENV-4), conforme resultado laboratorial.
SUBTÍTULO: Dados importados do SINAN			
10	Município/UF de notificação*	Texto	Informar a Unidade Federativa (UF) e o município onde foi realizada a notificação do caso no sistema SINAN.
11	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)*	Texto/Número	Nome da unidade de saúde ou outra fonte responsável pela notificação do caso.
12	Raça/Cor	Texto	Raça/cor do paciente segundo classificação de autodeclaração adotada pelo IBGE (Branca, Preta, Parda, Amarela, Indígena ou Ignorado).
13	Escolaridade	Texto	Nível de escolaridade do paciente, conforme categorias padronizadas (Nenhuma, Educação infantil, Ensino Fundamental incompleto/completo, Ensino Médio incompleto/completo, Superior incompleto/completo, Ignorado).
14	Classificação	Texto	Classificação final do caso conforme critérios epidemiológicos (Descartado, Dengue, Dengue com sinais de alarme, Dengue grave, Chikungunya ou Zika).
15	Critério Confirmação/ Descarte	Texto	Critério utilizado para confirmação ou descarte do caso (Laboratorial, Clínico-epidemiológico ou Em investigação).
SUBTÍTULO: Dados importados do SIM			
16	Local de ocorrência do óbito	Texto	Informar o local onde ocorreu o óbito (Domicílio, Hospital, Via pública ou Outros).
17	Local/Estabelecimento de ocorrência do óbito	Texto	Informar o nome do estabelecimento ou local detalhado onde ocorreu o óbito.
SUBTÍTULO: Condições e causas do óbito (original, antes da investigação)			
18	PARTE I: A	Texto	Registrar a condição que levou diretamente ao óbito, conforme descrito na Declaração de Óbito.
19	PARTE I: B	Texto	Registrar a condição antecedente que levou à causa descrita no item A.
20	PARTE I: C	Texto	Registrar a condição antecedente que levou à causa descrita no item B.
21	PARTE I: D – Causa Básica	Texto	Registrar a causa básica do óbito, ou seja, a doença ou condição que iniciou a cadeia de eventos que levou à morte.
22	Parte II	Texto	Registrar outras condições significativas que contribuíram para o óbito, mas que não fazem parte da cadeia causal principal.
SUBTÍTULO: Condições e causas do óbito (após a investigação)			
23	PARTE I: A	Texto	Após a investigação, registrar a condição que levou diretamente ao óbito.
24	PARTE I: B	Texto	Após a investigação, registrar a condição antecedente ao item A.
25	PARTE I: C	Texto	Após a investigação, registrar a condição antecedente ao item B.
26	PARTE I: D – Causa Básica	Texto	Após a investigação, registrar a causa básica do óbito revisada.
27	PARTE II	Texto	Após a investigação, registrar outras condições contribuintes identificadas.
SUBTÍTULO: Informações complementares			
28	Informações complementares	Texto	Campo destinado ao registro de quaisquer informações adicionais relevantes para a investigação do caso que não tenham sido contempladas nos campos anteriores.
29	Anexar documentos de investigação	Arquivo	Campo destinado ao upload de documentos relacionados à investigação do óbito (prontuários, exames, relatórios, entre outros).
30	Resumo do caso	Texto	Descrição resumida do caso, incluindo principais achados clínicos, laboratoriais e epidemiológicos, bem como a conclusão da investigação.

ID NO GODATA	NOME DA COLUNA	TIPO DE SAÍDA	DESCRIÇÃO
ABA QUESTIONÁRIO DADOS SOBRE ATENDIMENTO			
SUBTÍTULO: Pessoal			
-	Detalhes - Nome completo	Texto	Neste campo deve ser preenchido o nome completo do paciente
-	Endereço do local de atendimento	Texto (múltipla escolha)	Devido à imutabilidade do sistema, o rótulo do campo não pode ser alterado. Assim, independentemente da opção selecionada (ex: endereço de residência, endereço anterior ou outros), o valor informado deverá ser interpretado como o local da unidade de atendimento do paciente.
1	Tipo do local de atendimento*	Texto (seleção)	Informar o tipo de estabelecimento onde o paciente foi atendido, como por exemplo: Unidade Básica de Saúde, Estratégia Saúde da Família ou Centro de Saúde.
2	Foi aferida pressão arterial (PA)?	Texto (Sim/Não)	Indica se foi realizada aferição da pressão arterial do paciente durante o atendimento.
2.1.1	Qual valor da PA?	Texto/Número	Registrar os valores aferidos da pressão arterial do paciente (sistólica/diastólica), conforme avaliação clínica.
2.1.2	Quanto à PA, foi constatado sinal de alerta/agravo?	Texto (Sim/Não)	Indica se os valores de pressão arterial configuram sinal de alerta ou gravidade conforme protocolo clínico.
2.1.2.1.1	Qual?	Texto (múltipla escolha)	Especificar o tipo de alteração identificada, como por exemplo: - Pressão arterial convergente (≤ 20 mmHg); - Hipotensão arterial em fase tardia Esses achados são considerados sinais de gravidade segundo o protocolo do Ministério da Saúde.
3	Foi avaliado se o paciente apresentava hipotensão postural?	Texto (Sim/Não)	Indica se foi realizada avaliação de hipotensão postural no paciente.
3.1.1	Avaliação	Texto	Registrar o resultado da avaliação de hipotensão postural, considerando como positivo quando houver queda da pressão arterial sistólica ≥ 20 mmHg ou da diastólica ≥ 10 mmHg após 3 minutos na posição ortostática.
4	Foi aferida frequência cardíaca (FC)?*	Texto (Sim/Não)	Indica se foi realizada aferição da frequência cardíaca do paciente.
4.1.1	Qual valor da FC?*	Texto/Número	Registrar o valor da frequência cardíaca (batimentos por minuto) aferido durante o atendimento.
4.1.2	Quanto à FC, foi constatado sinal de alerta/agravo?*	Texto (Sim/Não)	Indica se a frequência cardíaca apresenta alteração considerada sinal de alerta ou gravidade.
4.1.2.1.1	Qual?*	Texto (múltipla escolha)	Especificar o tipo de alteração identificada, como por exemplo: - Taquicardia; - Pulso débil ou indetectável.
5	Foi avaliado se o paciente apresentava hepatomegalia?	Texto (Sim/Não)	Indica se foi realizada avaliação clínica para identificação de aumento do fígado.
5.1.1	Exame físico	Texto	Registrar o achado do exame físico, considerando hepatomegalia quando o fígado for palpável a mais de 2 cm abaixo do rebordo costal.
6	Avaliado tempo de enchimento capilar?	Texto (Sim/Não)	Indica se foi realizada avaliação do tempo de enchimento capilar.
6.1.1	Tempo de enchimento capilar*	Texto	Registrar o tempo de enchimento capilar, sendo considerado alterado quando superior a 2 segundos, podendo indicar comprometimento circulatório.
7	Feita prova do laço?	Texto (Sim/Não)	Indica se foi realizada a prova do laço como parte da avaliação clínica.
7.1.1	Qual resultado?*	Texto	Registrar o resultado da prova do laço (positiva ou negativa), sendo a positividade um possível indicativo de fragilidade capilar.
8	Foi realizado hemograma?	Texto (Sim/Não)	Indica se foi realizado exame de hemograma durante o atendimento ou internação.
8.1.1	Quantas vezes foi realizado hemograma neste atendimento/internação?*	Texto/Número	Informar o número de vezes que o hemograma foi realizado ao longo do atendimento ou internação.
9	Se realizado hemograma, adicione data da coleta e resultado (repetível)*	Grupo repetível (Data + Resultado + parâmetros laboratoriais)	Campo estruturado para inserção de múltiplos registros de exames de hemograma realizados ao longo do atendimento.
9.1	Data da coleta*	Data	Informar a data da coleta da amostra para cada hemograma realizado.
9.1	Resultado*	Texto	Campo para registrar o resultado geral do hemograma ou classificação do exame.

ID NO GODATA	NOME DA COLUNA	TIPO DE SAÍDA	DESCRIÇÃO
9.1.1	Hematócrito*	Texto/Número	Valor do hematócrito obtido no exame, utilizado para avaliação de hemoconcentração.
9.1.2	Hemoglobina*	Texto/Número	Valor da hemoglobina obtido no exame, utilizado para avaliação do estado hematológico.
9.1.3	Plaquetas*	Texto/Número	Contagem de plaquetas, parâmetro fundamental para avaliação da gravidade e risco hemorrágico.
9.1.4	Leucócitos*	Texto/Número	Contagem de leucócitos, utilizada para avaliação da resposta inflamatória ou infecciosa.
SUBTÍTULO: Classificação de risco, conduta e desfecho do atendimento			
10	Ocorreu estadiamento conforme Protocolo Classificação de risco?	Texto (Sim/Não)	Indica se foi realizada a classificação de risco do paciente conforme protocolo estabelecido pelo Ministério da Saúde para manejo clínico das arboviroses.
10.1.1	Qual grupo?	Texto	Informar o grupo de classificação de risco atribuído ao paciente (A, B, C ou D), conforme critérios clínicos definidos pelo Ministério da Saúde.
SUBTÍTULO: Hidratação			
11.	Foi realizada ou prescrita hidratação?*	Texto (Sim/Não)	Indica se foi instituída ou prescrita hidratação como parte da conduta terapêutica do paciente.
11.1.1	Peso do paciente	Texto/Número	Registrar o peso do paciente em quilogramas, utilizado como base para cálculo do volume de hidratação conforme protocolo clínico.
11.1.2	Qual volume (ml)?	Texto/Número	Informar o volume total de líquidos administrados ou prescritos ao paciente, em mililitros, de acordo com a avaliação clínica.
11.1.3	Via de administração*	Texto (múltipla escolha)	Informar a(s) via(s) de administração utilizadas para hidratação do paciente, podendo incluir: - Via oral; - Endovenosa; - Subcutânea.
SUBTÍTULO: Desfecho do atendimento			
12	Qual foi o encaminhamento após o atendimento ou tipo de alta?*	Texto (seleção única)	Informar o desfecho do atendimento do paciente conforme opções disponíveis no sistema. As opções incluem: - Transferência para outro estabelecimento de saúde (alta por transferência); - Alta por óbito; - Alta por ordem médica (cuidados no domicílio); - Alta a pedido; - Alta por fuga.
13	Paciente ficou internado ou permaneceu em observação por mais de 12 horas?*	Texto (Sim/Não)	Indica se o paciente permaneceu em observação ou internado por período superior a 12 horas.
13.1.1	Qual data da admissão?*	Data	Informar a data de admissão do paciente na unidade de saúde.
13.1.2	Data da alta*	Data	Informar a data de alta hospitalar ou saída da unidade de saúde.
SUBTÍTULO: Conclusão do atendimento			
14	Quanto à classificação de risco:*	Texto (seleção única)	Indica se a classificação de risco foi realizada conforme preconizado pelo Ministério da Saúde. As opções disponíveis são: - Classificação de risco não realizada; - Classificação feita conforme MS; - Feita classificação, porém em desconformidade com MS.
15	Quanto à conduta:*	Texto (seleção única)	Indica se a conduta adotada no atendimento seguiu os protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde. As opções disponíveis são: - Conduta conforme preconizado pelo MS; - Conduta em desconformidade com MS; - Não avaliado.
-	Situação final do acompanhamento	Texto (seleção única)	Preencher de acordo com a situação final do acompanhamento deste paciente, como este formulário se refere a óbito suspeito, marcar a opção "Óbito".
-	Data do último contato	Data	Preencher com a data do último atendimento do paciente. Devido à imutabilidade do sistema, não é possível alterar o rótulo original do campo. Portanto, este campo deve ser utilizado especificamente para registrar a data do último atendimento.

OBS: Todos os campos marcados com **"*"** são obrigatórios.
Colunas que não estão na ficha, não necessitam ser analisadas ao exportar o banco em CSV/XLS/XLSX."