



17° Selo SINASC

**Sistema de Informação
sobre Nascidos Vivos**

Anomalias Congênitas: Definição

As **anomalias congênitas** são alterações **estruturais** ou **funcionais** que ocorrem durante a vida intrauterina e podem ser detectadas antes, no momento do nascimento ou mesmo mais tarde (dias, meses ou mesmo anos).



Base legal para notificar

NOTIFICAR
É CUIDAR.
É PROTEGER.

Lei nº 13.685/2018 – Estabelece o registro compulsório das anomalias ou malformações congênicas na Declaração de Nascido Vivo (DNV), fortalecendo a vigilância epidemiológica e o monitoramento dessas condições no Brasil.

Em 2026 as Anomalias Congênicas estão na Lista Nacional de Notificação Compulsória (**Portaria GM/MS nº 10.175, de 23 de janeiro de 2026**).

Nota Técnica nº 3.2026-SVSA-MS - Orientações para a notificação compulsória das anomalias congênicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a serem realizadas no Sinasc e no SIM.



SERMAP

Secretaria Executiva
Regulação, Monitoramento,
Avaliação e Parcerias



PREFEITURA DE
SÃO PAULO

Ao Notificar

- Diagnóstico de uma anomalia congênita é um ato médico
- Descrição das alterações morfológicas identificadas pode ser feitas por **outros profissionais** de saúde.



Dados sobre anomalias congênitas coletados na DNV são utilizados para fins de vigilância epidemiológica, **não tendo nenhuma implicação legal** para o profissional que preenche a mesma.

Onde Notificar AC ao nascimento: DNV

Bloco I

1 Nome do Recém-nascido			
Data e hora do nascimento		3 Sexo	
2 Data	Hora	<input type="checkbox"/> M - Masculino	<input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> I - Ignorado
4 Peso ao nascer	5 Índice de Apgar	6 Detectada alguma anomalia congênita?	
em gramas	1º minuto 5º minuto	Caso afirmativo, usar o bloco anomalia congênita para descrevê-las 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Ignorado	

Bloco VI

41 Descrever todas as anomalias congênitas observadas

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde
1ª VIA - SECRETARIA DE SAÚDE

Declaração de Nascido Vivo

I Identificação do Recém-nascido	1 Nome do Recém-nascido			
	Data e hora do nascimento		2 Sexo	
II Local de ocorrência	Data		Hora	
	3 Peso ao nascer		4 Índice de Apgar	
III Mãe	em gramas		1º minuto 5º minuto	
	6 Detectada alguma anomalia ou defeito congênito? Caso afirmativo, usar o bloco anomalia congênita para descrevê-las 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Ignorado			
IV Pai	5 Local da ocorrência		7 Estabelecimento	
	Endereço de ocorrência, se fora do estabelecimento, ou de resid. da Mãe (rua, praça, avenida, etc)		Número Complemento CEP	
V Gestação e parto	8 Bairro/Distrito		9 Município de ocorrência	
	Código		Código UF	
VI Anomalia congênita	10 Nome da Mãe			
	11 Cartão SUS			
VII Preenchimento	12 Escolaridade (última série concluída)		13 Ocupação habitual	
	Nível		Série	
VIII Cartório	14 Data nascimento da Mãe		15 Situação conjugal	
	Idade (anos)		Naturalidade da Mãe	
16 Logradouro		Número		17 CEP
18 Bairro/Distrito		Código		19 UF
20 Nome do Pai		21 Idade do Pai		
22 Gestações anteriores				
23 História gestacional				
24 Gestação atual				
25 Parto				
26 Nascimento assistido por				
27 Descrever todas as anomalias ou defeitos congênitos observados				
28 Data do preenchimento				
29 Nome do responsável pelo preenchimento				
30 Função				
31 Tipo documento				
32 Nº de documento				
33 Órgão emissor				
34 Cartório				
35 Registro				
36 Data				
37 Município				
38 UF				

ATENÇÃO: ESTE DOCUMENTO NÃO SUBSTITUI A CERTIDÃO DE NASCIMENTO
O Registro de Nascimento é obrigatório por lei.
Para registrar esta criança, o pai ou responsável deverá levar este documento ao cartório de registro civil.

Brasília-DF/10 - 1ª impressão 01/2010



Futuro: nova DNV

Bloco VI – Exame físico do RN

VI Exame físico do RN

51 **Peso ao nascer** _____ em gramas

52 **Índice de Apgar** 1º minuto _____ 5º minuto _____

53 **Comprimento ao nascer** _____ Em cm 1 casa decimal

54 **Perímetro cefálico** _____ Em cm 1 casa decimal

55 **Detectada alguma anomalia congênita?**
 1 Sim
 2 Não
 9 Ignorado

56 **Descrever todas as anomalias congênitas presentes**
 XXXXX XXXXX XXXXXX

**República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde
1ª SA - SECRETARIA DE SAÚDE**

Declaração de Nascido Vivo

I Dados pessoais

1 Nome do recém-nascido (RN) _____ 2 Data de nascimento _____ 3 Hora _____

4 Sexo do RN M - Masculino F - Feminino Indeterminado 5 Raça/cor do RN 1 Branca 2 Preta 3 Amarela 4 Indígena 5 Etnia _____

II Local de ocorrência

6 Local da ocorrência 1 Hospital 2 Outros estabelecimentos 3 Domicílio 4 Transporte pré-hospitalar 5 Outros meios de transporte 6 Via Pública 7 Outros 8 Ignorado 9 Não se aplica 10 Se parto domiciliar, foi planejado? 1 Sim 2 Não 3 Ignorado 11 Tipo de financiamento para assistência ao parto 1 SUS 2 Não SUS 3 Não se aplica 4 Ignorado 12 Estabelecimento _____ Código ONES _____

13 Endereço da ocorrência, se fora do estabelecimento, em nome do município, bairro, logradouro, número e complemento 14 CEP _____ 15 Logradouro _____ 16 Bairro/Distrito _____ 17 Município de ocorrência _____ 18 Código _____ 19 UF _____

20 CPF _____ 21 Número do Cartão Nacional de Saúde/Outros _____ 22 Nome _____ 23 Nome social _____

24 Data de nascimento _____ 25 Idade (anos) _____ 26 Naturalidade _____ 27 Situação conjugal 1 Solteiro(a) 2 Casado(a) 3 Viúvo(a) 4 Separado(a) (judicialmente/abandono) 5 União estável 6 Convivência 7 Outros (especificar) _____ 8 Ignorado

28 Raça/cor 1 Branca 2 Preta 3 Amarela 4 Indígena 5 Etnia _____ 29 Escolaridade 1 Sem escolaridade 2 Fundamental I (1ª ao 5ª ano) 3 Fundamental II (6ª ao 9ª ano) 4 Superior incompleta 5 Superior completa 6 Médio (ensino 2º grau) 7 Superior incompleto 8 Superior completo 9 Anos concluído _____

30 Ocupação habitual (informar anterior se aposentado) ou desempregado(a) _____ Código CBO 2002 _____ 31 Informações adicionais 1 Aposentado 2 Próximo de falecimento ou assistência social 3 Pessoa com deficiência 4 Aposentado por invalidez 5 Outros - especificar _____ 6 Não se aplica 7 Não se aplica 8 Ignorado 9 Ignorado

III Parto

32 Zona de residência (do) Parturiente 1 Urbano 2 Rural 9 Ignorado

33 Nome da mãe/filiação 1 _____ Parturiente - Filiação 1? Sim Não possui CPF Não Possui CPF Idade _____

34 Nome do pai/filiação 2 _____ Parturiente - Filiação 2? Sim Não Possui CPF Não Possui CPF Idade _____

35 Gestações anteriores (não contar essa gestação) 36 Nº de gestações anteriores 37 Nº de partos vaginais 38 Nº de cesáreas 39 Nº de nascidos vivos 40 Nº de perdas fetais/ abortos

IV Filiação do RN

41 Método para estimar a idade gestacional 1 Data da 1ª ultrassom 2 Data da Última Menstruação 3 Estimado por profissional de Obstetrícia 4 Exame físico do RN 5 Idade gestacional ao nascer _____ 42 Número de consultas de pré-natal 1 Não fez pré-natal 2 Ignorado 3 Semanas de gestação em que iniciou o pré-natal 1 Não fez pré-natal 2 Ignorado 3 Tipo de gravidez 1 Única 2 Gêmeos 3 Triplês ou mais 4 Outros 5 Ignorado 6 Parto 1 Cefálico 2 Transversão 3 Pérvia ou pélvica 4 Outros 5 Ignorado 6 Via de nascimento 1 Vaginal sem instrumental 2 Vaginal com vácuo-estrate 3 Vaginal com uso de força 4 Cesárea 5 Outros 6 Ignorado 7 Nascimento assistido por 1 Médica 2 Enfermeira 3 Outros 4 Obstetra 5 Enfermeira 6 Outros 7 Outros 8 Ignorado 9 Ignorado

V Gestação e parto

43 **Peso ao nascer** _____ 44 **Índice de Apgar** 1º minuto _____ 45 **Comprimento ao nascer** _____ Em cm 1 casa decimal 46 **Perímetro cefálico** _____ Em cm 1 casa decimal

47 **Detectada alguma anomalia congênita?**
 1 Sim
 2 Não
 9 Ignorado

48 **Descrever todas as anomalias congênitas presentes**

VI Exame físico do RN

49 Data do preenchimento _____ 50 Nome do responsável pelo preenchimento _____ 51 Função 1 Médico(a) 2 Enfermeira 3 Obstetra 4 Partoziada 5 Outros _____ 6 Outros _____

52 Tipo de documento 1 CNS 2 CRM 3 COREN 4 RG 5 CPF _____ 53 Número do documento _____ 54 Órgão emissor _____

VII Preenchimento

ATENÇÃO: ESTE DOCUMENTO NÃO SUBSTITUI A CERTIDÃO DE NASCIMENTO
 O Registro de Nascimento é obrigatório por lei. Para registrar esta criança, este responsável deverá levar este documento ao Cartório de Registro Civil.



Onde Notificar AC na DO (Declaração de Óbito)

V Fetal/menor que 1 ano

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PARA ÓBITOS FETAIS E DE MENORES DE 1 ANO
INFORMAÇÕES SOBRE A MÃE

35 Idade: 1 Menos de 22, 2 De 22 a 27, 3 De 28 a 31, 4 De 32 a 36, 5 De 37 a 41, 6 42 e mais, 9 Ignorado

36 Escolaridade (Em anos de estudos concluídos): 1 Nenhuma, 2 De 1 a 3, 3 De 4 a 7, 4 De 8 a 11, 5 De 12 e mais, 9 Ignorado

37 Ocupação habitual e ramo de atividade da mãe: Código

38 Número de filhos tidos (Obs: utilizar 99 para ignorados): Nascidos vivos, Nascidos mortos

39 Duração da gestação (Em semanas): 1 Menos de 22, 2 De 22 a 27, 3 De 28 a 31, 4 De 32 a 36, 5 De 37 a 41, 6 42 e mais, 9 Ignorado

40 Tipo de gravidez: 1 Única, 2 Dupla, 3 Tripla e mais, 9 Ignorado

41 Tipo de parto: 1 vaginal, 2 Césareo, 9 Ignorado

42 Morte em relação ao parto: 1 Antes, 2 Durante, 3 Depois, 9 Ignorado

43 Peso ao nascer (gramas), 44 Num. da Declar. de Nascidos Vivos

OBITOS EM MULHERES
A morte ocorreu durante a gravidez, parto ou aborto? 1 Sim, 2 Não, 9 Ignorado

A morte ocorreu durante o puerpério? 1 Sim, até 42 dias, 2 Sim, de 43 dias a 1 ano, 3 Não, 9 Ignorado

ASSISTÊNCIA MÉDICA
recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? 1 Sim, 2 Não, 9 Ignorado

DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR:
Exame complementar? 1 Sim, 2 Não, 9 Ignorado

Cirurgia? 1 Sim, 2 Não, 9 Ignorado

Necropsia? 1 Sim, 2 Não, 9 Ignorado

CAUSAS DA MORTE - PARTE I - ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA

Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte

CAUSAS ANTECEDENTES: Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.

PARTE II
Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.

30 Nome do médico, 31 CRM, 32 O médico que assina atendeu ao falecido?



Repubblica Federativa do Brasil
Ministério da Saúde
1ª VIA - SECRETARIA DE SAÚDE

Declaração de Óbito

I Cadastro: 1 Cofoneiro, 2 Código, 3 Registro, 4 Data, 5 Município, 6 UF, 7 Centeiro

II Identificação: 8 Tipo de Óbito (Fetal, Não fetal), 9 Cofoneiro, 10 Data, 11 Hora, 12 Cartão SUS, 13 Naturalidade, 14 Nome do falecido, 15 Nome do pai, 16 Nome da mãe, 17 Data de nascimento, 18 Meses completos, 19 Meses, 20 Dias, 21 Horas, 22 Minutos, 23 Sexo (M - Masc., F - Fem.), 24 Raça/cor (M - Branca, P - Preta, I - Indígena, A - Amarela), 25 Ocupação habitual e ramo de atividade (Se aposentado, colocar a ocupação habitual anterior) Código

III Residência: 26 Logradouro (Rua, praça, avenida, etc.), 27 Código, 28 Município de residência, 29 CEP, 30 Bairro/Distrito, 31 Código

IV Ocorrência: 32 Local de ocorrência ou lugar (Hospital, Outros estab. saúde, Via pública, Outros), 33 Estabelecimento, 34 Código, 35 Endereço da ocorrência, se fora do estabelecimento ou da residência (Rua, praça, avenida, etc.), 36 Número, 37 Complemento, 38 CEP, 39 Bairro/Distrito, 40 Código, 41 Município da ocorrência, 42 Código, 43 UF

V Fetal/menor que 1 ano: 44 Idade, 45 Escolaridade (Em anos de estudos concluídos), 46 Ocupação habitual e ramo de atividade da mãe, 47 Número de filhos tidos (Obs: utilizar 99 para ignorados) Nascidos vivos, Nascidos mortos, 48 Duração da gestação (Em semanas), 49 Tipo de parto (Única, Dupla, Tripla e mais, Ignorado), 50 Tipo de parto (vagnal, Césareo, Ignorado), 51 Morte em relação ao parto (Antes, Durante, Depois, Ignorado), 52 Peso ao nascer, 53 Num. da Declar. de Nascidos Vivos

VI Condições e causas do Óbito: 54 OBITOS EM MULHERES (A morte ocorreu durante a gravidez, parto ou aborto?; A morte ocorreu durante o puerpério?; ASSISTÊNCIA MÉDICA: recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte?), 55 DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR (Exame complementar?, Cirurgia?, Necropsia?), 56 CAUSAS DA MORTE - PARTE I (Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte; CAUSAS ANTECEDENTES: Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.), 57 PARTE II (Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.)

VII Médico: 58 Nome do médico, 59 CRM, 60 O médico que assina atendeu ao falecido? (Sim, Substituto, NUL, SVO, Outros), 61 Meio de contato (telefone, fax, e-mail, etc.), 62 Data do atestado, 63 Assinatura

VIII Causa externa: 64 PROVÁVEIS CIRCUNSTÂNCIAS DE MORTE NÃO NATURAL (informações de caráter epidemiológico) (Tipo: Acidente, Suicídio, Homicídio, Acidente de trabalho; Fonte de informação: Boletim de ocorrência, Hospital, Família), 65 Descrição sumária do evento, incluindo o tipo de local de ocorrência

IX Local: 66 SE A OCORRÊNCIA FOR EM VIA PÚBLICA, ANOTAR O ENDEREÇO (Logradouro (Rua, praça, avenida, etc.), Código), 67 Declarante, 68 Testemunhas



Secretaria Executiva
Regulação, Monitoramento,
Avaliação e Parcerias



**PREFEITURA DE
SÃO PAULO**

Para Codificar



- A lista de anomalias congênicas se encontra no **CID - 10**
- **Capítulo XVII (Q00 a Q99)**
 - **E Hemangioma de qualquer localização (D18.0)**

Prazo para Notificar

Novo



Para todos os casos de **ANOMALIAS CONGÊNICAS** deveriam ser digitadas no **SINASC** o mais rápido possível.

Núcleo SINASC envia **semanalmente** -> Secretaria Estadual da Saúde -> Ministério da Saúde

Acompanhar: Grupos de anomalias congênitas prioritárias para vigilância

1. Defeitos de tubo neural
2. Microcefalia
3. Anomalias congênitas da orelha
4. Cardiopatias congênitas
5. Outras anomalias do aparelho circulatório
6. Fendas orais
7. Anomalias congênitas do sistema digestivo
8. Anomalias congênitas dos órgãos genitais
9. Anomalias congênitas do aparelho urinário
10. Defeito de membros
11. Displasias esqueléticas
12. Hérnia diafragmática
13. Defeitos de parede abdominal
14. Síndromes cromossômicas



Alta prevalência
Alta taxa de procedimentos no SUS
Alta mortalidade

Notificação tardia (até um ano de idade)

Tardar, mas não falhar

Em 2026 as Anomalias Congênicas estão na Lista Nacional de Notificação Compulsória (**Portaria GM/MS nº 10.175, de 23 de janeiro de 2026**).

Envio de dados semanal

Nota Técnica nº 3.2026-SVSA-MS - Orientações para a notificação compulsória das anomalias congênicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a serem realizadas no Sinasc e no SIM. Também contém como realizar o Registro de Casos, Fluxo de Notificação e Prazos.

Crianças até 1 ano

https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2026/nota-tecnica-conjunta-no-54-2026-daent-demsp-svsa.pdf/%40%40download/file?utm_source=chatgpt.com

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 10.175, de 23 de janeiro de 2026**. Altera o Anexo 1 do Anexo V à Portaria de Consolidação GM/MS nº 4, de 2017, para incluir anomalias congênicas na Lista Nacional de Notificação Compulsória de Doenças, Agravos e Eventos de Saúde Pública. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 26 jan. 2026, Seção 1, p. 106-107

FORMULÁRIO PARA NOTIFICAÇÃO DE ANOMALIAS CONGÊNITAS IDENTIFICADAS ATÉ 1 ANO DE IDADE

Nota Técnica nº 3.2026-SVSA-MS

[formulario-notificacao-ac-um-ano.pdf](#)



República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde
Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis
Coordenação Geral de Informação e Análise Epidemiológica

FORMULÁRIO PARA NOTIFICAÇÃO DE ANOMALIAS CONGÊNITAS IDENTIFICADAS ATÉ 1 ANO DE IDADE

Considera-se **anomalias congênitas estruturais** as alterações na estrutura de órgãos ou partes do corpo, ocorridas ainda durante no período embrionário ou fetal, que estão presentes no nascido vivo antes ou no momento do nascimento. Tais anomalias congênitas incluem todas as condições descritas no capítulo XVII (Q00 a Q99) da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados a Saúde - 10ª Edição (CID-10), bem como Hemangiomas e linfangiomas, de qualquer localização (código D18 da CID-10).

I IDENTIFICAÇÃO	Número DNV	_____	Data da notificação	____/____/____
	UF onde foi identificada a anomalia congênita:	_____	UF de nascimento:	_____
	Município onde foi identificada a anomalia congênita:	_____		
	Município de nascimento:	_____	Data de nascimento:	____/____/____
	Nome do paciente:	_____	Data de nascimento da(o) parturiente:	____/____/____
	Nome da(o) parturiente:	_____		
II ANOMALIAS CONGÊNITAS	Anomalia congênita 1	Momento da identificação <input type="checkbox"/> Pré-natal <input type="checkbox"/> Ao nascimento <input type="checkbox"/> Posterior ao nascimento		
	Descrição	_____ _____		
	Anomalia congênita 2	Momento da identificação <input type="checkbox"/> Pré-natal <input type="checkbox"/> Ao nascimento <input type="checkbox"/> Posterior ao nascimento		
	Descrição	_____ _____		
	Anomalia congênita 3	Momento da identificação <input type="checkbox"/> Pré-natal <input type="checkbox"/> Ao nascimento <input type="checkbox"/> Posterior ao nascimento		
	Descrição	_____ _____		
III DADOS DO NOTIFICADOR	Anomalia congênita 4	Momento da identificação <input type="checkbox"/> Pré-natal <input type="checkbox"/> Ao nascimento <input type="checkbox"/> Posterior ao nascimento		
	Descrição	_____ _____		
	Anomalia congênita 5	Momento da identificação <input type="checkbox"/> Pré-natal <input type="checkbox"/> Ao nascimento <input type="checkbox"/> Posterior ao nascimento		
	Descrição	_____ _____		
	Outras anomalias congênitas	Momento da identificação <input type="checkbox"/> Pré-natal <input type="checkbox"/> Ao nascimento <input type="checkbox"/> Posterior ao nascimento		
	Descrição	_____ _____		
Nome do notificador:		_____	CNES:	____/____/____
Observações: _____ _____ _____ _____ _____				



SINASC
CIDADE DE SÃO PAULO

CEInfo
Coordenação de Epidemiologia e Informação

CIS
Coordenadoria de Informação em Saúde

SERMAP

Secretaria Executiva
Regulação, Monitoramento,
Avaliação e Parcerias



PREFEITURA DE
SÃO PAULO

Notificação AC:

Descrição das Anomalias Congênitas

II ANOMALIA(S) CONGÊNITA(S)	Anomalia congênita 1	Momento da identificação <input type="checkbox"/> Pré-natal <input type="checkbox"/> Ao nascimento <input type="checkbox"/> Posterior ao nascimento
	Descrição _____ _____	
	Anomalia congênita 2	Momento da identificação <input type="checkbox"/> Pré-natal <input type="checkbox"/> Ao nascimento <input type="checkbox"/> Posterior ao nascimento
	Descrição _____ _____	
	Anomalia congênita 3	Momento da identificação <input type="checkbox"/> Pré-natal <input type="checkbox"/> Ao nascimento <input type="checkbox"/> Posterior ao nascimento
	Descrição _____ _____	
Anomalia congênita 4	Momento da identificação <input type="checkbox"/> Pré-natal <input type="checkbox"/> Ao nascimento <input type="checkbox"/> Posterior ao nascimento	
Descrição _____ _____		
Anomalia congênita 5	Momento da identificação <input type="checkbox"/> Pré-natal <input type="checkbox"/> Ao nascimento <input type="checkbox"/> Posterior ao nascimento	
Descrição _____ _____		
Outras anomalias congênitas	Momento da identificação <input type="checkbox"/> Pré-natal <input type="checkbox"/> Ao nascimento <input type="checkbox"/> Posterior ao nascimento	
Descrição _____ _____		



Notificação AC:

Dados do Notificador e Observação

III

DADOS DO NOTIFICADOR

Nome do notificador: _____ CNES: _____

Observações: _____

Sugestão: escrever de como foi obtida a informação e com datas

SINASC: incluir AC

- Digitar no SINASC
- Anexar o Formulário de Notificação de AC com a via branca da DNV
 - As vias brancas já encaminhadas para a Supervisão de Saúde, os formulários de AC devem ser encaminhadas para STS e colocado no ofício de envio.
 - STS irá anexar a via branca

Façam Parcerias

Neonatologista ou Pediatras

- Procurem identificar profissionais que podem ser parceiros:
 - Unidades como berçário, UTI neonatal, internação - para estabelecer fluxo de informações.
 - Podem ajudar a codificar no CID10



SERMAP

Secretaria Executiva
Regulação, Monitoramento,
Avaliação e Parcerias



PREFEITURA DE
SÃO PAULO

Núcleos de Vigilância Hospitalar:

- Outro Serviço importante para acompanhar a notificação compulsória de Anomalias Congênicas pelas diversas Unidades do Hospital
 - Preencher o Formulário de notificação AC e encaminhar para ser digitado no SINASC
 - Combinar os fluxos de informação entre os Serviços.



SERMAP

Secretaria Executiva
Regulação, Monitoramento,
Avaliação e Parcerias



PREFEITURA DE
SÃO PAULO

Estratégias de captura e recaptura

SIH/AIH

Base de dados de internação de Hospitais Públicos:

- Separamos os menores de 1 ano,
 - Nos campos de diagnósticos localizamos anomalias congênicas Q00 a Q99 e D18.0 (códigos do CID10)

Campos
ah_diag_pri
ah_diag_sec
ah_diag_comp
ah_diag_obito
ah_diag_sec_1_class
ah_diag_sec_2
ah_diag_sec_2_class
ah_diag_sec_3
ah_diag_sec_3_class
ah_diag_sec_4
ah_diag_sec_5
ah_diag_sec_5_class
ah_diag_sec_6
ah_diag_sec_6_class
ah_diag_sec_7
ah_diag_sec_7_class
ah_diag_sec_8
ah_diag_sec_8_class
ah_diag_sec_9
ah_diag_sec_9_class

Dúvidas?



Obrigada

Núcleo SINASC

E-mail: sinasc@prefeitura.sp.gov.br

Telefones: 5465-9544/9545/9546/9548.

Endereço: *Rua Dr. Siqueira Campos, 172 - 8º Andar*

Cep: 01509-020 - Bairro Liberdade - São Paulo/SP



SERMAP

Secretaria Executiva
Regulação, Monitoramento,
Avaliação e Parcerias



PREFEITURA DE
SÃO PAULO