

Dados Gerais

1

 Tipo de Notificação

2 - Individual

2

 Agravado/doença

Código (CID10)

3

 Data da Notificação

4

 UF

5

 Município de Notificação

Código (IBGE)

6

 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)

Código

7

 Data dos Primeiros Sintomas

Notificação Individual

8

 Nome do Paciente

9

 Data de Nascimento

10

 (ou) Idade

1 - Hora
2 - Dia
3 - Mês
4 - Ano

11

 Sexo M - Masculino
F - Feminino
I - Ignorado

12

 Gestante

1-1ºTrimestre 2-2ºTrimestre 3-3ºTrimestre
4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica
9-Ignorado

13

 Raça/Cor

1-Branca 2-Preta 3-Amarela
4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado

14

 Escolaridade

0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau)
3-5ª à 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau)
6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica

15

 Número do Cartão SUS

16

 Nome da mãe

Dados de Residência

17

 UF

18

 Município de Residência

Código (IBGE)

19

 Distrito

20

 Bairro

21

 Logradouro (rua, avenida,...)

Código

22

 Número

23

 Complemento (apto., casa, ...)

24

 Geo campo 1

25

 Geo campo 2

26

 Ponto de Referência

27

 CEP

28

 (DDD) Telefone

29

 Zona

1 - Urbana 2 - Rural
3 - Periurbana 9 - Ignorado

30

 País (se residente fora do Brasil)

Conclusão

Conclusão

31

 Data da Investigação

32

 Classificação Final

1 - Confirmado
2 - Descartado

33

 Critério de Confirmação/Descarte

1 - Laboratorial 2 - Clínico-Epidemiológico

Local Provável da Fonte de Infecção

34

 O caso é autóctone do município de residência?

1-Sim 2-Não 3-Indeterminado

35

 UF

36

 País

37

 Município

Código (IBGE)

38

 Distrito

39

 Bairro

40

 Doença Relacionada ao Trabalho

1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

41

 Evolução do Caso

1 - Cura 2 - Óbito pelo agravo notificado 3 - Óbito por outras causas 9 - Ignorado

42

 Data do Óbito

43

 Data do Encerramento

Informações complementares e observações

Observações adicionais

Investigador

Município/Unidade de Saúde

Cód. da Unid. de Saúde

Nome

Função

Assinatura