

Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual					
	2	Agravado/doença		Código (CID10)	3	Data da Notificação			
	EVENTOS ADVERSOS PÓS VACINAÇÃO		Y59						
	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	11	Sexo M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> I - Ignorado	12	Gestante	13	Raça/Cor
	1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano		1 - 1º Trimestre 2 - 2º Trimestre 3 - 3º Trimestre 4 - Idade gestacional Ignorada 5 - Não 6 - Não se aplica 9 - Ignorado		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 a 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 <input type="checkbox"/> 3 - Periurbana 9 - Ignorado		30		País (se residente fora do Brasil)	

Conclusão

Conclusão	31		Data da Investigação		32		Classificação Final		33		Critério de Confirmação/Descarte			
					1 - Confirmado <input type="checkbox"/> 2 - Descartado				1 - Laboratorial <input type="checkbox"/> 2 - Clínico-Epidemiológico					
	34		O caso é autóctone do município de residência?		35		UF		36		País			
			1 - Sim 2 - Não 3 - Indeterminado											
	37		Município		Código (IBGE)		38		Distrito		39		Bairro	
	40		Doença Relacionada ao Trabalho		41		Evolução do Caso		1 - Cura 2 - Óbito pelo agravo notificado 3 - Óbito por outras causas 9 - Ignorado					
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>														
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		Assinatura	
	Função			