

Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual	
	2	Agravado/doença		Código (CID10)	3
	CAXUMBA		B26		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	11	Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12	Gestante	13				
	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,...)	
	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	
					1 - Laboratorial 2 - Clínico-Epidemiológico		34	
	Local Provável da Fonte de Infecção							
	35							
	36							
37								
38								
39								
40		Doença Relacionada ao Trabalho		41		Evolução do Caso		
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado				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		Assinatura	
	Função			