

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 1 - Negativa 2 - Individual 3 - Surto <input type="checkbox"/>		3 Data da Notificação			
	2 Agravado/doença			4 UF 5 Município de Notificação		
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)			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 <input type="checkbox"/> F - Feminino I - Ignorado		12 Gestante 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 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			13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado		
	15 Número do Cartão SUS			16 Nome da mãe		
	17 Data dos 1 <sup>os</sup> Sintomas do 1º Caso Suspeito		19 Local Inicial de Ocorrência do Surto 1 - Residência 2 - Hospital / Unidade de Saúde 3 - Creche / Escola 4 - Asilo 5 - Outras Instituições (alojamento, trabalho) 6- Restaurante/ Padaria 7 - Eventos 8 - Casos Dispersos no Bairro 9- Casos Dispersos Pelo Município 10 - Casos Dispersos em mais de um Município 11 - Outros Especificar _____			
Dados de Residência	20 UF 21 Município de Residência		Código (IBGE)		22 Distrito	
	23 Bairro			24 Logradouro (rua, avenida,...)		
	25 Número		26 Complemento (apto., casa, ...)		27 Geo campo 1	
	28 Geo campo 2			29 Ponto de Referência		30 CEP
	31 (DDD) Telefone			32 Zona 1 - Urbana 2 - Rural <input type="checkbox"/> 3 - Periurbana 9 - Ignorado		33 País (se residente fora do Brasil)
	Município/Unidade de Saúde					
	Nome		Função		Assinatura	

## DADOS COMPLEMENTARES

(ANOTAR TODOS OS DADOS DISPONÍVEIS NO MOMENTO DA NOTIFICAÇÃO)

Notificação Individual	01	Data da coleta da 1ª amostra da sorologia	02	Data da coleta da 1ª amostra de outra amostra	03	Especificar tipo de exame :				
	04	Óbito ? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	<input type="checkbox"/>	05	Contato com caso semelhante ? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	<input type="checkbox"/>				
	06	Presença de exantema ? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	<input type="checkbox"/>	07	Data do início do exatema	08	Presença de petéquias ou sufusões hemorrágicas ? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	<input type="checkbox"/>		
	09	Foi realizado líquido ? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	<input type="checkbox"/>	10	Resultado da bacterioscopia :					
	11	O paciente tomou vacina contra agravo notificado neste impresso? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	<input type="checkbox"/>	12	Data da última dose tomada	13	Ocorreu hospitalização ? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	<input type="checkbox"/>		
	14	Data da hospitalização		15 UF		16	Município do hospital	Código (IBGE)	17	Nome do hospital
Notificação Surto	18 Hipóteses diagnósticas no momento da notificação									
	1ª Hipótese Diagnóstica - CID 10: _____									
2ª Hipótese Diagnóstica - CID 10: _____										
Local prov. infecção	19 Local provável de infecção (classificação provisória)									
	País: _____			UF	Município: _____		Distrito : _____			