

Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual	
	2	Agravado/doença		Código (CID10)	3
	PARACOCCIDIOIDOMICOSE		B41		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			9		
	Nome do Paciente			Data de Nascimento		
	10	(ou) Idade	11	Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12	Gestante
	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		
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 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			16			
Número do Cartão SUS			Nome da mãe			

Dados de Residência	17	UF	18	Município de Residência	Código (IBGE)	19	Distrito
	20		21		24		
	Bairro		Logradouro (rua, avenida,...)		Geo campo 1		
	22		23		25		
	Número		Complemento (apto., casa, ...)		Geo campo 2		
	26		27		28		
Ponto de Referência		CEP		(DDD) Telefone			
29		30		29			
Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		País (se residente fora do Brasil)		29			

Conclusão

Conclusão	31	32		33		
	Data da Investigação	Classificação Final		Critério de Confirmação/Descarte		
		1 - Confirmado 2 - Descartado		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		36		37		
UF		País		Município		
38		39		40		
Distrito		Bairro		Doença Relacionada ao Trabalho		
41		42		43		
Evolução do Caso		Data do Óbito		Data do Encerramento		
1 - Cura 2 - Óbito pelo agravo notificado 3 - Óbito por outras causas 9 - Ignorado						

Informações complementares e observações

Observações adicionais

Investigador	Município/Unidade de Saúde		Cód. da Unid. de Saúde	
	Nome		Assinatura	
	Função			