



**Dados Gerais**

1 Tipo de Notificação: 2 - Individual

2 Agravado/doença: **OUTRAS DOENÇAS DA MÃE, CLASSIFICADAS EM OUTRA PARTE - ÓBITO MATERNO** Código (CID10): **O99** 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: 1-1º 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 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**

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

**Número da Declaração de Óbito (DO):** \_\_\_\_\_

**Data do Óbito:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Causa Provável do Óbito:** \_\_\_\_\_

**Investigador**

Município/Unidade de Saúde Cód. da Unid. de Saúde

Nome Função Assinatura