

Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual		
	2	Agravo/doença	TOXOPLASMOSE CONGÊNITA	Código (CID10)	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	11	Sexo M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> I - Ignorado	12	Gestante	13	Raça/Cor						
	14		Escolaridade				15		Número do Cartão SUS		16		Nome da mãe	
	17		UF		18		Município de Residência		Código (IBGE)		19		Distrito	

Dados de Residência	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		30		País (se residente fora do Brasil)		
	1 - Urbana		2 - Rural		3 - Periurbana		9 - Ignorado				

Conclusão

Conclusão	31	Data da Investigação		32	Classificação Final		33		Critério de Confirmação/Descarte					
	1 - Confirmado		2 - Descartado		1 - Laboratorial		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		42		Data do Óbito		43		Data do Encerramento	
1 - Sim		2 - Não		9 - Ignorado		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			