

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação	2 - Individual	TOXOPLASMOSE EM GESTANTE		
	2 Agravado/doença	DOENÇAS CAUSADAS POR PROTOZOÁRIOS COMPLICANDO A GRAVIDEZ, O PARTO E O PUERPÉRIO	Código (CID10)	3 Data da Notificação	
	4 UF	5 Município de Notificação	O98.6		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
	1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano		1-1ºTrimestre 2-2ºTrimestre 3-3ºTrimestre 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,...)		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 <input type="checkbox"/> 3 - Periurbana 9 - Ignorado		

Conclusão

Conclusão	31 Data da Investigação	32 Classificação Final	33 Critério de Confirmação/Descarte
		1 - Confirmado <input type="checkbox"/> 2 - Descartado	1 - Laboratorial <input type="checkbox"/> 2 - Clínico-Epidemiológico
	Local Provável da Fonte de Infecção		
	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
40 Doença Relacionada ao Trabalho	41 Evolução do Caso		
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>	1 - Cura 2 - Óbito pelo agravo notificado 3 - Óbito por outras causas 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>		
42 Data do Óbito	43 Data do Encerramento		

Informações complementares e observações

Observações adicionais	Colocar as informações sorológicas (IgM,IgG e Aidez de IgG),tratamento, Ultrassom (se alterado) e data provável do parto para acompanhamento.

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