

Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual		
	2	Agravado/doença		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				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

Conclusão	31	Data da Investigação		32	Classificação Final		33	Critério de Confirmação/Descarte	
	Local Provável da Fonte de Infecção			1 - Confirmado <input type="checkbox"/> 2 - Descartado		1 - Laboratorial 2 - Clínico-Epidemiológico			
	34	O caso é autóctone do município de residência?			35	UF	36	País	
	37	Município		Código (IBGE)	38	Distrito		39	Bairro
	40	Doença Relacionada ao Trabalho		41	Evolução do Caso				

Informações complementares e observações

Observações adicionais

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