

DADOS GERAIS

1	Tipo de Notificação	2- Individual		
2	Agravo/doença	EVENTO DE SAÚDE PÚBLICA		
	Código (CID10)	3	Data da Notificação	
	R 69.9			
4	UF	5	Município de Notificação	
			Código (IBGE)	
6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código	7	Data do Diagnóstico

NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL

8	Nome do Paciente	9	Data de Nascimento
10	(ou) Idade	11	Sexo
1-Hora 2-Dia 3-Mês 4-Ano		M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	
12	Gestante	13	Raça/Cor
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	
14	Escolaridade		Etnia
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 à 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		1- Tupiniquim 2- Guarani 9- Ignorado	
15	Número do Cartão SUS	16	Nome da mãe
PcD (pessoa com deficiência)	Pessoa em situação de rua	CPF do paciente	Identidade de gênero
1- sim 2- não	1- sim 2- não		1- Mulher cisgênero 2- Homem cisgênero 3- Mulher transgênero 4- Homem transgênero 5- Travesti 8- Não binário 7- Não se aplica 9- Ignorado
Passaporte	Nacionalidade	Orientação sexual	
		1- Heterossexual 2- Homossexual 3- Bissexual 8- Não se aplica 9- Ignorado	

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 3 - Periurbana 9 - Ignorado				

Unidade de Saúde de Referência

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	
1- Sim 2-Não 9- Ignorado		1- Cura 2- Óbito pelo agravo notificado 3-Óbito por outras causas 9- Ignorado				
43	Data do Encerramento					

OBSERVAÇÃO:

INVESTIGADOR

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