

DADOS GERAIS

|   |                                                |                            |
|---|------------------------------------------------|----------------------------|
| 1 | Tipo de Notificação                            | 2- Individual              |
| 2 | Agravo/doença                                  | FEBRE PURPÚRICA BRASILEIRA |
|   | Código (CID10)                                 | 3                          |
|   | A 48.4                                         | Data da Notificação        |
| 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<br>2-Dia<br>3-Mês<br>4-Ano                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                 | M - Masculino<br>F - Feminino<br>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<br>2- Guarani<br>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<br>2- não             | 1- sim<br>2- não                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                 | 1- Mulher cisgênero 2- Homem cisgênero<br>3- Mulher transgênero 4- Homem transgênero<br>5- Travesti 8- Não binário 7- Não se aplica 9- Ignorado |
| Passaporte                   | Nacionalidade                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Orientação sexual                                                               |                                                                                                                                                 |
|                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 1- Heterossexual 2- Homossexual<br>3- Bissexual<br>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                                      | 38 | Distrito                                                                      | 39 | Bairro                                    |
|                                | Código (IBGE)                                  |    |                                                                               |    |                                           |
| 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                           |    |                                                                               |    |                                           |

INVESTIGADOR

|                            |        |                        |
|----------------------------|--------|------------------------|
| OBSERVAÇÃO:                |        |                        |
|                            |        |                        |
|                            |        |                        |
|                            |        |                        |
|                            |        |                        |
| Município/Unidade de Saúde |        | Cód. da Unid. de Saúde |
| Nome                       | Função | Assinatura             |
|                            |        |                        |