

Criança exposta ao risco de transmissão vertical da hepatite B

DADOS GERAIS

1	Tipo de Notificação		2- Individual			
2	Agravado/doença		Código (CID10)	3	Data da Notificação	
		Criança exposta ao risco de transmissão vertical da hepatite B		Z20.5		
4	UF	5	Município de Notificação		Código (IBGE)	
6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	7	Data do Diagnóstico	
8	Nome do Paciente				9	Data de Nascimento

NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL

10	(ou) Idade	1-Hora 2-Dia 3-Mês 4-Ano	11	Sexo	M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12	Gestante	1-1ºTrimestre 2-2ºTrimestre 3-3ºTrimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado	13	Raça/Cor	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											
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 4- Pansexual 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	