

DADOS GERAIS

|   |                                                |                   |                          |     |                     |
|---|------------------------------------------------|-------------------|--------------------------|-----|---------------------|
| 1 | Tipo de Notificação                            |                   | 2- Individual            |     |                     |
| 2 | Agravado/doença                                |                   | Código (CID10)           | 3   | Data da Notificação |
|   |                                                | DOENÇA FALCIFORME |                          | D57 |                     |
| 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<br>2-Dia<br>3-Mês<br>4-Ano | 11 | Sexo              | M – Masculino<br>F – Feminino<br>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         |                                   |    |                   |                                               |                                                                                                                                                 |          |                                                                                                           | 14 | 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 4- Pansexual<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                                      |                                                                                  | 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<br>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             |