

DADOS GERAIS

NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL

DADOS DE RESIDÊNCIA

INVESTIGADOR

1	Tipo de Notificação		2- Individual	
2	Agravado/doença		Código (CID10)	3 Data da Notificação
FEBRE DE LASSA		A96.2		
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
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
14 Escolaridade	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			13 Raça/Cor
				1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena
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	
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 - Rural3 - 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:

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