

Infecção pelo vírus da Hepatite B em gestante, parturiente ou puérpera

DADOS GERAIS

1	Tipo de Notificação		2- Individual			
2	Agravado/doença		Código (CID10)		3 Data da Notificação	
Infecção pelo vírus da Hepatite B em gestante, parturiente ou puérpera				Z22.8		
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	
13	Raça/Cor		13 Raça/Cor		1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena	
14	Escolaridade		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)	1- sim 2- não	Pessoa em situação de rua	1- sim 2- não	CPF do paciente	Identidade de gênero 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	1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	30 País (se residente fora do Brasil)		
Unidade de Saúde de Referência						
31	Data da Investigação	32 Classificação final	1 - Confirmado 2 - Descartado	33 Critério de confirmação/descarte	1- Laboratorial 2- Clínico-epidemiológico	
34	O caso é autóctone do município de residência?	<input type="checkbox"/>	35 UF	36 País		
1-Sim 2-Não 3-Indeterminado						
37	Município	Código (IBGE)	38 Distrito	39 Bairro		
40	Doença relacionada ao trabalho	<input type="checkbox"/>	41 Evolução do caso	1- Cura 2- Óbito pelo agravado notificado 3-Óbito por outras causas 9- Ignorado	42 Data do Óbito	
43	Data do Encerramento					

OBSERVAÇÃO:

INVESTIGADOR

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