

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)						
NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL	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	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 2- Guarani 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 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											
INVESTIGADOR	OBSERVAÇÃO:											
Município/Unidade de Saúde						Cód. da Unid. de Saúde						
Nome				Função			Assinatura					