

ARENAVÍRUS

DADOS GERAIS	1	Tipo de Notificação		2- Individual														
	2	Agravado/doença		Código (CID10)	3	Data da Notificação												
	ARENAVÍRUS		A96.9															
	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		11		Sexo		12		Gestante		13		Raça/Cor			
			1-Hora 2-Dia 3-Mês 4-Ano				M - Masculino F - Feminino I - Ignorado				1-1ºTrimestre 2-2ºTrimestre 3-3ºTrimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado				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 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		Nacionalidade											
	1- sim 2- não		1- sim 2- não															
	Passaporte				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	