

E-SUS/VS

Secretaria de Saúde do
Estado do Espírito SantoSISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE NOTIFICAÇÃO/CONCLUSÃO

DOENÇA DE LYME

Nº

DADOS GERAIS

1 Tipo de Notificação		2- Individual	
2 Agravado/doença		Código (CID10)	3 Data da Notificação
DOENÇA DE LYME		A69.2	
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	

NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL

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	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					Etnia	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	
1- Sim 2-Não 9- Ignorado	1- Cura 2- Óbito pelo agravo 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