

DADOS GERAIS

1	Tipo de Notificação	2- Individual		
2	Agravo/doença	Código (CID10)	3	Data da Notificação
<b>HISTOPLASMOSE</b>		<b>B39</b>		
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)	1- sim 2- não	Pessoa em situação de rua	1- sim 2- não	CPF do paciente	Nacionalidade						
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