

## E-SUS/VS

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

Nº

DADOS GERAIS

1	Tipo de Notificação		2- Individual	
2	Agravado/doença		Código (CID10)	3
		<b>PARACOCCIDIOIDOMICOSE</b>		<b>B41.9</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	1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 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								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 a 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