

E-SUS/VS

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

FICHA DE NOTIFICAÇÃO/CONCLUSÃO

TOXOPLASMOSE CONGÊNITA

Secretaria de Saúde do

Estado do Espírito Santo

Nº

DADOS GERAIS	1 Tipo de Notificação		2- Individual	
	2 Agravado/doença		Código (CID10)	3 Data da Notificação
	TOXOPLASMOSE CONGÊNITA		P 37.1	
	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 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		
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:				
Município/Unidade de Saúde			Cód. da Unid. de Saúde	
Nome		Função	Assinatura	

TOXOPLASMOSE CONGÊNITA

ESUS/VS

10/12/2024