

E-SUS/VS

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

TOXOPLASMOSE GESTACIONAL

Nº

DADOS GERAIS

1 Tipo de Notificação 2- Individual		3 Data da Notificação	
2 Agravado/doença TOXOPLASMOSE GESTACIONAL		Código (CID10) O 98.6	3 Data da Notificação
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 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	30 País (se residente fora do Brasil)

Unidade de Saúde de Referência		
31 Data da Investigação	32 Classificação final 1 - Confirmado 2 - Descartado	33 Critério de confirmação/descarte 1- Laboratorial 2- Clínico-epidemiológico
34 O caso é autóctone do município de residência? 1-Sim 2-Não 3-Indeterminado		35 UF 36 País
37 Município	Código (IBGE)	38 Distrito 39 Bairro
40 Doença relacionada ao trabalho 1- Sim 2-Não 9- Ignorado	41 Evolução do caso 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