

E-SUS/VS

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE NOTIFICAÇÃO CONCLUSÃO

Secretaria de Saúde do
Estado do Espírito Santo

ZIKA VIRUS

Nº

DADOS GERAIS	1 Tipo de Notificação 2- Individual		2 Agravado/doença ZIKA VIRUS		Código (CID10) A92.8	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 1-1º 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 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					13 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					
INVESTIGADOR	31 Data 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:					
	Município/Unidade de Saúde				Cód. da Unid. de Saúde	
Nome		Função		Assinatura		

ZIKA VIRUS

ESUS/VS

10/12/2024