

## E-SUS/VS

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO  
FICHA DE INVESTIGAÇÃOSecretaria de Saúde do  
Estado do Espírito Santo

## CAXUMBA (PAROTIDITE EPIDÊMICA)

Nº

DADOS GERAIS

1	Tipo de Notificação	2- Individual			
2	Agravo/doença	Código (CID10)	3	Data da Notificação	
CAXUMBA (PAROTIDITE EPIDÊMICA)		B26			
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)		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	