

ESQUISTOSSOMOSE

CASO CONFIRMADO: Todo indivíduo que apresente ovos viáveis de Schistosoma mansoni nas fezes ou em tecido submetido à biópsia.

DADOS GERAIS	1 Tipo de Notificação		2- Individual																					
	2 Agravado/doença										Código (CID10)		3 Data da Notificação											
	ESQUISTOSSOMOSE										B65.9													
	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		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 9- Ignorado									
	14 Escolaridade												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 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												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								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																								
ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS																								
ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS		31 Data da investigação						32 Ocupação						33 Data da Coproscopia										
	34 Análise Quantitativa						35 Análise Qualitativa																	
	0 - 0 (zero) 1 - 1 (um) ou mais ovos						1- positivo 2 - negativo 3-Não realizado																	
	36 Outros						37 Outros exames (especificar)																	
	1- positivo 2 - negativo 3-Não realizado																							
	38 Fez Tratamento?						39 Data do Tratamento						40 Caso não tenha feito tratamento, qual o motivo?											
	1- Sim, Praziquantel 2 - Sim, Oxaminiquine 3 - Não 9 - Ignorado												1 - Contra indicação 2 - Recusa 3 - Ausente 9 - Ignorado											
	Peso (Kg)						41 Resultado de Análise de verificação de cura																	
	TRATAMENTO	42 Data do resultado da 3ª amostra						1º Amostra						2º Amostra						3º Amostra				
						0 - 0 (zero) 1 - 1 (um) ou mais ovos 2 - Não realizado						0 - 0 (zero) 1 - 1 (um) ou mais ovos 2 - Não realizado						0 - 0 (zero) 1 - 1 (um) ou mais ovos 2 - Não realizado						
43 Especificar forma clínica																								
1 - Intestinal 2 - Hepato intestinal 3 - Hepato Esplênica 4 - Aguda 5 - Outro:																								

44 O caso é autóctone do município de residência? 1 - Sim 2 - Não 3 - Inderminado		☐
45 UF	46 País	
47 Município	48 Distrito	☐
49 Bairro	50 Nome da propriedade (se área rural)	
51 Nome da coleção hídrica	Endereço não encontrado ou não é do Espírito Santo	
52 Doença Relacionada ao Trabalho 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		☐
53 Evolução do Caso 1- Cura 2- Não cura 3- Óbito por esquistossomose 3- Óbito por outras causas 9- Ignorado	54 Data do Óbito	55 Data do Encerramento

Informações complementares e observações

[illegible]

Município/Unidade de Saúde		Cód. da Unid. de Saúde
Nome	Função	Assinatura