

Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual		
	2	Agravado/doença		Código (CID10)	3	Data da Notificação
	4	UF	5	Município de Notificação		Código (IBGE)
	6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	7	Data dos Primeiros Sintomas

Notificação Individual	8	Nome do Paciente			9	Data de Nascimento
	10	(ou) Idade	11	Sexo M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> I - Ignorado	12	Gestante
	14		Escolaridade			
	15	Número do Cartão SUS	16	Nome da mãe		

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 <input type="checkbox"/> 2 - Rural <input type="checkbox"/> 3 - Periurbana 9 - Ignorado			

**Conclusão**

Conclusão	31	Data da Investigação	32	Classificação Final	33	Critério de Confirmação/Descarte	
	Local Provável da Fonte de Infecção		1 - Confirmado <input type="checkbox"/> 2 - Descartado		1 - Laboratorial 2 - Clínico-Epidemiológico <input type="checkbox"/>		
	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 <input type="checkbox"/>		1 - Cura 2 - Óbito pelo agravo notificado 3 - Óbito por outras causas 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>					
42	Data do Óbito	43	Data do Encerramento				

**Informações complementares e observações**

**Observações adicionais**

---



---



---



---



---

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