

| | | | | | | |
|--------------|---|--|---|--------------------------|---|-----------------------------|
| 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 | | |

| | | | | | | | | | |
|---------------------|----|----------------|----|-------------------------|-------------------------------|--------------------------------|--------|-------------|------------------------------------|
| 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 | | Pais (se residente fora do Brasil) |
| | | | | | | | | | |

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 | | | Pais |
| | 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 agravado 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 | | Assinatura | |
| | Função | | | |