

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			B 65.9			
4	5	UF 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		12	Gestante
	<small>1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano</small>		<small>M - Masculino F - Feminino I - Ignorado</small>		<small>1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado</small>		<small>1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado</small>	
14	Escolaridade							
<small>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</small>								
15	Número do Cartão SUS			16	Nome da mãe			

Dados de Residência	17	18	UF Município de Residência		Código (IBGE)	19	Distrito	
	20	Bairro			21	Logradouro (rua, avenida,...)		
	22	23	Número Complemento (apto., casa, ...)		Código			
	25	Geo campo 2			26	Ponto de Referência		
	27	CEP			24	Geo campo 1		
28	(DDD) Telefone			29	Zona		30	Pais (se residente fora do Brasil)
		<small>1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado</small>						

Dados Complementares do Caso

Ant. Epid.	31	Data da Investigação		32	Ocupação			
	33	Data da Coprocopia		34	Análise Quantitativa		35	Análise Qualitativa
Dados do Laboratório	<small>0 - 0 (zero) 1 - 1 (um) ou mais ovos</small>		<small>1 - positivo 2 - negativo 3 - Não realizado</small>					
	36	OUTROS		37	Outros exames (especificar)			
		<small>1 - positivo 2 - negativo 3 - Não realizado</small>						
Tratamento	38	Fez Tratamento?		39	Data do Tratamento		40	Caso não tenha feito tratamento, qual o motivo?
	<small>1 - Sim - Praziquantel 3 - Não 2 - Sim - Oxaminiquine 9 - Ignorado</small>						<small>1 - Contra Indicação 3 - Ausente 2 - Recusa 9 - Ignorado</small>	
	41	Resultado de Análise de Verificação de Cura			42		Data do Resultado da 3ª amostra	
		<small>0 - 0 (zero) 1 - 1 (um) ou mais ovos 2 - Não realizado</small>		<small>1ª amostra 2ª amostra 3ª amostra</small>				

43	Especificar Forma Clínica						
<small>1 - Intestinal 2 - Hepato Intestinal 3 - Hepato Esplênica 4 - Aguda 5- Outra (especificar)</small>							

Conclusão	44	O caso é autóctone do município de residência?			45	46	UF País
	<small>1-Sim 2-Não 3-Indeterminado</small>						
	47	Município		Código (IBGE)	48	Distrito	
	49	Bairro			50	Nome da Propriedade (se área rural)	
			<small>1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado</small>		51	Nome da Coleção Hídrica	
52	Doença Relacionada ao Trabalho			53	Evolução do Caso		
		<small>1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado</small>		<small>1-Cura 2-Não Cura 3-Óbito por esquistossomose 4-Óbito por outras causas 9-Ignorado</small>		54	Data do Óbito
						55	Data do Encerramento

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