

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 <input type="checkbox"/>		1 - Laboratorial <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 2 - Óbito pelo agravo notificado <input type="checkbox"/> 3 - Óbito por outras causas <input type="checkbox"/> 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			