

Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		3 - Surto	
	2	Agravo/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

Notificação de Surto	8	Nº de Casos Suspeitos/ Expostos até a Data da Notificação	
	9	Local Inicial de Ocorrência do Surto	
	1 - Residência	2 - Hospital / Unidade de Saúde	3 - Creche / Escola <input type="checkbox"/>
	4 - Asilo	5 - Outras Instituições (alojamento, trabalho)	6 - Restaurante/ Padaria (similares)
	7 - Eventos	8 - Casos Dispersos no Bairro	9 - Casos Dispersos Pelo Município
	10 - Casos Dispersos em mais de um Município	11 - Outros	Especificar _____

Dados de Ocorrência	10	UF	11	Município de Residência	Código (IBGE)	12	Distrito	
	13	Bairro		14	Logradouro (rua, avenida,...)		Código	
	15	Número	16	Complemento (apto., casa, ...)		17	Geo campo 1	
	18	Geo campo 2		19	Ponto de Referência		20	CEP
	21	(DDD) Telefone		22	Zona	1 - Urbana	2 - Rural	<input type="checkbox"/>
					3 - Periurbana	9 - Ignorado	23	País (se residente fora do Brasil)

Situação Inicial	24	Data da Investigação		25	Modo Provável da Transmissão	
				1 - Direta (pessoa a pessoa)	2 - Indireta (Veículo comum ou Vetor)	9 - Ignorado <input type="checkbox"/>
	26	Se indireta, qual o veículo de transmissão provável				
		1 - Alimento/Água	2 - Recursos Hídricos Contaminados (poço, rio, reseedatório de água)	3 - Vetor	<input type="checkbox"/>	
		4 - Produto (medicamentos, agrotóxicos, imunobiológicos, sangue, etc.)	5 - Fômite (faca, lençóis, agulhas, etc.)	9 - Ignorado		
		6 - Outro	Especificar _____			

Observações

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