

Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual	
	2	Agravado/doença		Código (CID10)	3
	FEBRE PELO VÍRUS ZIKA		A92.8		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	13	
	1 - Hora <input type="checkbox"/> 2 - Dia <input type="checkbox"/> 3 - Mês <input type="checkbox"/> 4 - Ano <input type="checkbox"/>		1 - 1º Trimestre <input type="checkbox"/> 2 - 2º Trimestre <input type="checkbox"/> 3 - 3º Trimestre <input type="checkbox"/> 4 - Idade gestacional Ignorada <input type="checkbox"/> 5 - Não <input type="checkbox"/> 6 - Não se aplica <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>		1 - Branca <input type="checkbox"/> 2 - Preta <input type="checkbox"/> 3 - Amarela <input type="checkbox"/> 4 - Parda <input type="checkbox"/> 5 - Indígena <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>			
	14							
Escolaridade								
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 à 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								
15				16				
Número do Cartão SUS				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				29		30		
(DDD) Telefone				Zona 1 - Urbana <input type="checkbox"/> 2 - Rural <input type="checkbox"/> 3 - Periurbana 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>		País (se residente fora do Brasil)		

Conclusão

Conclusão	31		32		33	
	Data da Investigação		Classificação Final		Critério de Confirmação/Descarte	
			1 - Confirmado <input type="checkbox"/> 2 - Descartado <input type="checkbox"/>		1 - Laboratorial <input type="checkbox"/> 2 - Clínico-Epidemiológico <input type="checkbox"/>	
	Local Provável da Fonte de Infecção					
	34					
	O caso é autóctone do município de residência?					
1-Sim 2-Não 3-Indeterminado						
37		38		39		
Município		Código (IBGE)		Distrito		
40		41		42		
Doença Relacionada ao Trabalho		Evolução do Caso		Data do Óbito		
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"/>				
43		44		45		
Data do Encerramento		Data do Óbito		Data da Investigação		

Informações complementares e observações

Observações adicionais

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