

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 1 - Negativa 2 - Individual 3 - Surto 4 - Inquérito Tracoma			
	2 Agravado/doença	3 Data da Notificação 2 9 0 6 2 0 2 3		
	4 UF PA	5 Município de Notificação Belém	Código (IBGE)	
Notificação Individual	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código	7 Data dos Primeiros Sintomas 2 5 0 6 2 0 2 3	
	8 Nome do Paciente Bárbara Raquel Bianca Moraes	9 Data de Nascimento 0 2 0 3 1 9 8 9		
	10 (ou) Idade 3 4	11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado F	12 Gestante 1-1ºTrimestre 2-2ºTrimestre 3-3ºTrimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado 9	
	13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado	8		
	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 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	15 Número do Cartão SUS 5 9 8 7 7 9 1	16 Nome da mãe Rayssa Rebeca Antônia	
Notificação de Surto	17 Data dos 1ºs Sintomas do 1º Caso Suspeito	19 Local Inicial de Ocorrência do Surto 1 - Residência 2 - Hospital / Unidade de Saúde 3 - Creche / Escola 4 - Asilo 5 - Outras Instituições (alojamento, trabalho) 6- Restaurante/ Padaria 7 - Eventos 8 - Casos Dispersos no Bairro 9- Casos Dispersos Pelo Município 10 - Casos Dispersos em mais de um Município 11 - Outros Especificar	1 1	
	18 Nº de Casos Suspeitos/Expostos			
Dados de Residência	20 UF pa	21 Município de Residência Belém	Código (IBGE)	
	22 Distrito	23 Bairro Parque Guajará (Icoaraci)	24 Logradouro (rua, avenida,...) Alameda Xexeu	Código
	25 Número 234	26 Complemento (apto., casa, ...)	27 Geo campo 1	
	28 Geo campo 2	29 Ponto de Referência	30 CEP	
	31 (DDD) Telefone 9 1 3 6 8 2- 6 6 4 2	32 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado 3	33 País (se residente fora do Brasil)	
	Município/Unidade de Saúde			
Notificante	Nome	Função	Assinatura	
	Notificação Sinan NET SVS 17/07/2006			

DADOS COMPLEMENTARES

(ANOTAR TODOS OS DADOS DISPONÍVEIS NO MOMENTO DA NOTIFICAÇÃO)

Notificação Individual	01	Data da coleta da 1ª amostra da sorologia	02	Data da coleta da 1ª amostra de outra amostra	03	Especificar tipo de exame :		
	04	Óbito ? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		05	Contato com caso semelhante ? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			
	06	Presença de exantema ? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		07	Data do início do exatema	08	Presença de petéquias ou sufusões hemorrágicas ? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
	09	Foi realizado líquor ? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		10	Resultado da bacterioscopia :			
	11	O paciente tomou vacina contra agravo notificado neste impresso? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		12	Data da última dose tomada	13	Ocorreu hospitalização ? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
Notificação Surto	14	Data da hospitalização						
	15	UF	16	Município do hospital	Código (IBGE)	17	Nome do hospital	Código
Local prov. infecção	18 Hipóteses diagnósticas no momento da notificação							
	1ª Hipótese Diagnóstica - CID 10: _____ 2ª Hipótese Diagnóstica - CID 10: _____							
19 Local provável de infecção (classificação provisória)								
País: _____ UF _____ Município: _____ Distrito : _____ Bairro: _____								