

Dados Gerais

| | |
|--|---|
| Município de Notificação | Data da Notificação ____ / ____ / ____ |
| Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) | Código |

Notificação Individual

| | | |
|---------------------------|--|----------|
| Nome do paciente suspeito | Data de Nascimento ____ / ____ / ____ | |
| Município de residência | Complemento (ap., casa.....) | Telefone |

Busca ativa de casos suspeitos

| | |
|---------------------------------|---------------------------------------|
| Número de residências visitadas | Número de casos suspeitos encontrados |
|---------------------------------|---------------------------------------|

| Nome do paciente suspeito | Endereço | Telefone |
|---------------------------|----------|----------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Busca ativa de focos de mosquito

| |
|--|
| Número de focos de mosquitos localizados |
|--|

| Local de foco | Nome do proprietário ou inquilino | Telefone |
|---------------|-----------------------------------|----------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Investigador

| | | |
|--|------------|------|
| Nome do agente comunitário de saúde | Assinatura | Data |
| Nome do Coordenador da equipe | Assinatura | Data |
| Nome do responsável pela Vigilância epidemiológica local | Assinatura | Data |