



Dados Gerais		1 Tipo de Notificação: 1 - Negativa 2 - Individual 3 - Surto <input type="checkbox"/>		2 Data de Notificação: <hr style="width: 100px; margin-left: 0; border: 0; border-top: 1px solid black; height: 1px;"/> / / / / /			
		3 Município de Notificação:		Código (IBGE)			
		4 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código			
Notificação Individual		5 Agravo/Doença:		Código(CID 10)	6 Data da Notificação: <hr style="width: 100px; margin-left: 0; border: 0; border-top: 1px solid black; height: 1px;"/> / / / / /		
		7 Nome do Paciente:		8 Data de Nascimento: <hr style="width: 100px; margin-left: 0; border: 0; border-top: 1px solid black; height: 1px;"/> / / / / /			
		9 (ou) Idade: D - dias <input type="checkbox"/> M - meses <hr style="width: 100px; margin-left: 0; border: 0; border-top: 1px solid black; height: 1px;"/> A - anos		10 Sexo M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino I - Ignorado <input type="checkbox"/>	11 Raça/Cor 1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>	12 escolaridade (em anos de estudo concluídos) 1 - Nenhum 2 - De 1 a 3 3 - De 4 a 7 4 - De 8 a 11 5 - De 12 a mais 6 - Não se aplica 9 - Ignorado	
		13 Número do Cartão SUS <hr style="width: 100px; margin-left: 0; border: 0; border-top: 1px solid black; height: 1px;"/>		14 Nome da Mãe			
		15 Agravo/Doença		Código (CID 10)	16 Data dos 1º Sintomas do 1º Caso Suspeito <hr style="width: 100px; margin-left: 0; border: 0; border-top: 1px solid black; height: 1px;"/> / / / / /		
17 Número de casos suspeitos <hr style="width: 100px; margin-left: 0; border: 0; border-top: 1px solid black; height: 1px;"/>		18 Local Inicial de Ocorrência do Surto 1 - Casos Restritos a uma Mesma Família 3 - Casos Restritos a um Hospital 5 - Casos Dispersos no Bairro 7 - Casos Dispersos em mais de um Município 2 - Casos Restritos a uma Escola / Creche 4- Casos Restritos a outra Instituição (Alojamento, Asilo, Trabalho) <input type="checkbox"/> 6 - Casos Dispersos pelo Município 8 - Outros: _____					
Dados de Residência		19 Logradouro (rua, avenida, ...)		Código (CID 10)	20 Número <hr style="width: 100px; margin-left: 0; border: 0; border-top: 1px solid black; height: 1px;"/>		
		21 Complemento(apto., casa, ...)		22 Ponto de Referência		23 U.F. <hr style="width: 100px; margin-left: 0; border: 0; border-top: 1px solid black; height: 1px;"/>	
		24 Município de Residência		Código (IBGE)	Distrito		
		25 Bairro		Código (IBGE)	26 CEP <hr style="width: 100px; margin-left: 0; border: 0; border-top: 1px solid black; height: 1px;"/>		
		27 (DDD) Telefone <hr style="width: 100px; margin-left: 0; border: 0; border-top: 1px solid black; height: 1px;"/>		28 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Urbana/Rural 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>	29 País (se for residente fora do Brasil)	Código <hr style="width: 100px; margin-left: 0; border: 0; border-top: 1px solid black; height: 1px;"/>	
Notificante		Assinatura					
DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO NO DISTRITO FEDERAL							
<input type="checkbox"/> B24 Aids (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) <input type="checkbox"/> A22 Antraz ou carbúnculo <input type="checkbox"/> W53 Agressão por rato <input type="checkbox"/> A051 Botulismo <input type="checkbox"/> A009 Cólera <input type="checkbox"/> A630 Condiloma acuminado <input type="checkbox"/> A37 Coqueluche <input type="checkbox"/> A90 Dengue <input type="checkbox"/> A369 Difteria <input type="checkbox"/> B571 Doença de chagas (casos agudos) <input type="checkbox"/> N739 Doença inflamatória Pélvica <input type="checkbox"/> G039 Doença Meningocócica e outras Meningites <input type="checkbox"/> B659 Esquistossomose <input type="checkbox"/> A959 Febre Amarela <input type="checkbox"/> A77 Febre Maculosa <input type="checkbox"/> A010 Febre Tifóide <input type="checkbox"/> A309 Hanseníase <input type="checkbox"/> A989 Hantavirose <input type="checkbox"/> B199 Hepatites Virais <input type="checkbox"/> B230 Infecção pelo HIV (exceto AIDS) <input type="checkbox"/> B977 Infecção Subclínica por HPV <input type="checkbox"/> B550 Leishmaniose Visceral <input type="checkbox"/> B552 Leishmaniose Tegumentar Americana <input type="checkbox"/> A279 Leptospirose <input type="checkbox"/> B54 Malária			<input type="checkbox"/> P391 Oftalmia Neonatal <input type="checkbox"/> A809 Paralisia Flácida Aguda <input type="checkbox"/> B26 Parotidite <input type="checkbox"/> A209 Peste <input type="checkbox"/> A809 Poliomielite <input type="checkbox"/> A829 Raiva Humana <input type="checkbox"/> B09 Rubéola <input type="checkbox"/> B09 Sarampo <input type="checkbox"/> A53 Sífilis Adquirida <input type="checkbox"/> A509 Sífilis Congênita <input type="checkbox"/> N72 Síndrome do Corrimento Cervical <input type="checkbox"/> R36 Síndrome do Corrimento Uretral <input type="checkbox"/> N485 Síndrome da Úlcera Genital <input type="checkbox"/> P350 Síndrome da Rubéola Congênita <input type="checkbox"/> B690 Teníase e Cisticercose <input type="checkbox"/> A35 Tétano <input type="checkbox"/> A33 Tétano Neonatal <input type="checkbox"/> P371 Toxoplasmose Congênita <input type="checkbox"/> B589 Toxoplasmose Gestacional <input type="checkbox"/> A169 Tuberculose <input type="checkbox"/> A21 Tularemia <input type="checkbox"/> B01 Varicela <input type="checkbox"/> B03 Varíola <input type="checkbox"/> Outras (especificar: _____)				
Observações e Providências da Saúde Pública:							