

CASO CONFIRMADO: Todo indivíduo que apresente ovos viáveis de *Schistosoma mansoni* nas fezes ou em tecido submetido à biópsia.

Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual	
	2	Agravado/doença		Código (CID10)	3 Data da Notificação
	ESQUISTOSSOMOSE		B 65.9		
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)		
Notificação Individual	6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	7 Data dos Primeiros Sintomas
	8	Nome do Paciente			9 Data de Nascimento
	10 (ou) Idade	11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12 Gestante	13 Raça/Cor	
	14 Escolaridade				
Dados de Residência	15	Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe	
	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 (DDD) Telefone		29 Zona		30 País (se residente fora do Brasil)
			1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		
	Dados Complementares do Caso				
Ant. Epid.	31	Data da Investigação		32 Ocupação	
	33	Data da Coprocopia		34 Análise Quantitativa	
Dados do Laboratório	35 Análise Qualitativa		36 OUTROS		
	1 - positivo 2 - negativo 3 - Não realizado		37 Outros exames (especificar)		
Tratamento	38	Fez Tratamento?		39 Data do Tratamento	
	1 - Sim - Praziquantel 3 - Não 2 - Sim - Oxaminiquine 9 - Ignorado		40 Caso não tenha feito tratamento, qual o motivo?		
Conclusão	41 Resultado de Análise de Verificação de Cura		42 Data do Resultado da 3ª amostra		
	43 Especificar Forma Clínica				
	1 - Intestinal 2 - Hepato Intestinal 3 - Hepato Esplênica 4 - Aguda 5 - Outra (especificar)				
	Local Provável de Infecção				
	44 O caso é autóctone do município de residência?				
Investigador	45 UF		46 País		
	47 Município		Código (IBGE)	48 Distrito	
	49 Bairro		50 Nome da Propriedade (se área rural)		
	51 Nome da Coleção Hídrica		52 Doença Relacionada ao Trabalho		
	53 Evolução do Caso		54 Data do Óbito		
1 - Cura 2 - Não Cura 3 - Óbito por esquistossomose 4 - Óbito por outras causas 9 - Ignorado		55 Data do Encerramento			
Município/Unidade de Saúde		Cód. da Unid. de Saúde			
Nome		Função		Assinatura	