

SES:

(Periodicidade de notificação – 7 Dias)

Nº

Campo de preenchimento do enfermeiro: O prazo de notificação no SINAN foi cumprido?

() Sim () Não

SINAN

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação		2 - Individual		3 Data da Notificação	
	2 Agravo/doença TOXOPLASMOSE CONGÊNITA				Código (CID10)	4 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		12 Gestante	
	1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano		M - Masculino F - Feminino I - Ignorado		1 - 1º Trimestre 2 - 2º Trimestre 3 - 3º Trimestre 4 - Idade gestacional ignorada 5 - Não 6 - Não se aplica 9 - Ignorado	
	14 Escolaridade		13 Raça/Cor		10- Não se aplica	
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		1 - Laboratorial 2 - Clínico-Epidemiológico			
	31 Data da Investigação					
Conclusão	32 Classificação Final		33 Critério de Confirmação/Descarte			
	1 - Confirmado 2 - Descartado		1 - Laboratorial 2 - Clínico-Epidemiológico			
	Local Provável da Fonte de Infecção				35 UF	
	34 O caso é autóctone do município de residência?				36 País	
	37 Município		38 Distrito		39 Bairro	
	Código (IBGE)					
	40 Doença Relacionada ao Trabalho		41 Evolução do Caso			
	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		1 - Cura 2 - Óbito pelo agravo notificado 3 - Óbito por outras causas 9 - Ignorado			
42 Data do Óbito		43 Data do Encerramento				
Informações complementares e observações						
Observações adicionais						
Investigador	Município/Unidade de Saúde				Cód. da Unid. de Saúde	
	Nome		Função		Assinatura	
Notificação/conclusão		Sinan NET		SVS 27/09/2005		

VISTORIA DO ENFERMEIRO: DATA _____ ASSINATURA _____