

Quantidade de variáveis		Nome do campo	tipo	Categoria	Descrição	Características	CSV
		Nº	inteiro		Número da notificação	Campo Interno Número sequencial gerado automaticamente pelo sistema. Dígitos 1 a 99: número sequencial gerado automaticamente pelo sistema.	id
1	D A D O S G E R A I S	TIPO DE NOTIFICAÇÃO	texto	Individual	Identifica o tipo de notificação	Campo Interno Nome gerado automaticamente pelo sistema.	tipo_notificacao
2		NOTIFICAÇÃO	inteiro	Números que variam entre 6 e 10 dígitos			notificacao
3		AGRAVO/DOENÇA	texto	Agravo_doenca	Esporotricose Humana	Campo Interno Nome gerado automaticamente pelo sistema.	agravo_doenca
4		CÓDIGO(CID-10)	texto	Classificação internacional de doenças –CID 10	Código do agravo notificado segundo CID-10 (Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português)	Campo Interno Número gerado automaticamente pelo sistema.	codigo_cid10
5		DATA DA NOTIFICAÇÃO	data	Date DD/MM/AAAA	Data de preenchimento da ficha de notificação. Data deve ser <= a data da digitação.	Campo Obrigatório	data_notificacao
6		UF	texto	Sigla padronizada pelo IBGE	Unidade Federativa que realizou a notificação	Campo Interno Nome gerado automaticamente pelo sistema.	estado
7		MUNICÍPIO DE NOTIFICAÇÃO	inteiro	Nomes dos Municípios padronizados pelo IBGE	Município onde está localizada a fonte notificadora	Campo essencial Preenchendo o nome do município de notificação, o código é preenchido automaticamente.	municipio
8		CÓDIGO IBGE	texto	Códigos dos Municípios padronizados pelo IBGE	Códigos dos Municípios padronizados pelo IBGE	Campo Interno O código é preenchido automaticamente de acordo com o município do usuário logado no sistema.	codigo_ibge
9		DATA DOS PRIMEIROS SINTOMAS	date	Date DD/MM/AAAA	Data de preenchimento do início de sintomas	Campo Obrigatório Data deve ser <= a data da digitação e data do preenchimento da ficha de notificação	data_primeiros_sintomas
10		UNIDADE DE SAÚDE	texto	Nomes das unidades de saúde cadastradas no sistema	Unidade de Saúde que realizou o atendimento	Campo essencial Preencher o nome da unidade de saúde Se a unidade de saúde não estiver cadastrada, deve-se informar outra unidade.	unidade_saude
11		UNIDADE DE SAÚDE OUTRO	texto		Unidade de Saúde que realizou o atendimento	Campo essencial Se a unidade de saúde não estiver cadastrada, deve-se informar outra unidade.	unidade_saude_outro
12	N O T I F I C A Ç Ã O	NOME DO PACIENTE (SEM ABREVIÇÕES)	texto		Nome completo do paciente (sem abreviações)	Campo Obrigatório	nome_paciente
13		DATA DE NASCIMENTO	date	Date DD/MM/AAAA	Data de nascimento do paciente	Campo Obrigatório	data_nascimento_paciente
14		IDADE	inteiro		Idade informada pelo paciente quando não se sabe a data de nascimento. Na falta desse dado é registrada a idade aparente.	Campo Interno Se digitada a data de nascimento, a idade é calculada e preenchida automaticamente pelo sistema. Idade deve ser <= 130.	idade_paciente
15		SEXO	texto	Feminino Masculino Ignorado	Sexo do paciente	Campo Obrigatório Se sexo masculino, desabilitar o campo gestante	sexo_paciente
16		GESTANTE	texto	1º Trimestre 2º Trimestre 3º Trimestre Idade gestacional ignorada Não Não se aplica Ignorado	Idade gestacional	Campo Obrigatório Se feminino e idade =< a 10 anos ou => 50 anos, o campo será preenchido automaticamente como não se aplica.	paciente_gestante
17		RAÇA/COR	texto	Branca Preta Amarela Parda Indígena Ignorado	Considera-se cor ou raça declarada pela pessoa.	Campo essencial	raca_paciente
18		ESCOLARIDADE	texto	Analfabeto 1ª a 4ª série incompleta do EF 4ª série completa do EF (antigo 1º grau) 5ª à 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) Ensino superior incompleto Ensino superior completo Ignorado Não se aplica	Série e grau que a pessoa está frequentando ou frequentou considerando a última série concluída com aprovação ou grau de instrução do paciente por ocasião da notificação.	Campo essencial Preenchido Se < 3 anos de idade, campo será preenchido automaticamente com não aplica	escolaridade_paciente
19		NÚMERO DO CARTÃO DO SUS	texto		Número do cartão do Sistema Único de Saúde (SUS) do paciente		cartao_sus_paciente
20	I N D I V I D U A L	NOME DA MÃE	texto		Nome completo da mãe do paciente (sem abreviações)	Campo obrigatório	nome_mae_paciente
21		CEP	texto		CEP de residência do paciente.	Campo essencial Se preenchido com CEP do estado da Paraíba, campos de UF, Município, Bairro, Código IBGE e Rua serão automaticamente preenchidos	cep_residencia
22		UF	texto	Sigla padronizada pelo IBGE	Unidade Federativa de residência	Campo essencial Gerado automaticamente pelo sistema se preenchido o CEP do estado da Paraíba	uf_residencia
23		MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	texto	Nomes dos Municípios padronizados pelo IBGE	Município de residência	Campo Obrigatório Gerado automaticamente pelo sistema se preenchido o CEP do estado da Paraíba	municipio_residencia
24		BAIRRO	texto			Campo essencial Gerado automaticamente pelo sistema se preenchido o CEP do estado da Paraíba	bairro_residencia
25		CÓDIGO IBGE MUNICÍPIO	texto	Códigos dos Municípios padronizados pelo IBGE	Códigos dos Municípios padronizados pelo IBGE	Campo Interno Gerado automaticamente pelo sistema se preenchido o CEP do estado da Paraíba	codigo_ibge_residencia
26		LOGRADOURO	texto	Nome da rua em que o paciente reside	Dados do endereço da residência do paciente por ocasião da notificação	Campo essencial Gerado automaticamente pelo sistema se preenchido o CEP do estado da Paraíba	rua_residencia
27	R	NÚMERO	texto		Nº da residência do paciente por ocasião da notificação	Campo essencial	numero_residencia

28	E S I D Ê N C I A	COMPLEMENTO	texto		Complemento (ex. Bloco B, apto., etc)	Campo essencial	complemento_residencia
29		DISTRITO	texto		Nome do distrito de residência do paciente	Campo essencial	distrito_residencia
30		PONTO DE REFERÊNCIA	texto		Ponto de referência para facilitar a localização da residência do paciente	Campo essencial	ponto_referencia_residencia
31		CÓDIGO IBGE		Códigos dos Municípios padronizados pelo IBGE	Códigos dos Municípios padronizados pelo IBGE	Campo Interno Gerado automaticamente pelo sistema se preenchido o CEP do estado da Paraíba	codigo_ibge
32		(DDD) TELEFONE	texto		Telefone residencial ou celular do paciente	Campo Obrigatório	telefone_residencia
33		ZONA	texto	Urbana Rural Periurbana Ignorado	Zona de residência do paciente	Campo essencial	zona_residencia
34	A N T E C E D E N T E S E P I D E M I O L O G I C O S	PAÍS (SE RESIDIR NO EXTERIOR)	texto		País onde reside o paciente	Campo essencial Preencher somente se o paciente residir fora do Brasil	pais_residencia
35		DATA DA INVESTIGAÇÃO	date	Date DD/MM/AAAA	Data de início da investigação	Campo Obrigatório Data => data da notificação	data_investigacao
36		OCUPAÇÃO	texto		Ocupação do paciente (ex.: veterinário, jardineiro, etc.)	Campo essencial Ocupação do paciente	ocupacao
37		FREQUENTOU AMBIENTES COM MATA, FLORESTA, RIOS, CACHOEIRAS, SÍTIOS, OUTROS?	array<texto>	Mata Floresta Rios Cachoeiras Sítios Outros	Ambientes que frequentou associados à contaminação	Campo essencial Pode marcar mais de uma opção	ambientes_frequentados
38		POSSUIU CONTATO COM ANIMAIS	array<texto>	Sim Não Ignorado	Averiguar se teve ou não contato com animais	Campo essencial	contato_animais
39		TEVE CONTATO COM ANIMAIS	array<texto>	Gato Cão Equinos Outros animais	Animais que teve contato associados à contaminação	Campo essencial Pode marcar mais de uma opção	animais_que_teve_contato
40		TEVE EXPOSIÇÃO PRÉVIA AO MEIO AMBIENTE	array<texto>	Sim Não Ignorado	Analisar se teve exposição prévia ao meio ambiente natural ou Expo	Campo essencial	expo_prev_amb
41		NATUREZA DO CONTATO COM ANIMAIS	array<texto>	Mordedura Arranhadura Lesões cutâneas (úlceras) do animal Lesões nas mucosas do animal Outros	Contato realizado com o animal, possível transmissor do <i>Sporothrix spp.</i>	Campo essencial Pode marcar mais de uma opção	natureza_contato_animais
42		TEVE CONTATO COM O ANIMAL DOENTE	array<texto>	Sim Não Ignorado	Averiguar se houve o contato com o animal doente	Campo essencial	contato_animal_doente
43		RELAÇÃO COM O ANIMAL DOENTE	array<texto>	Tutor/"proprietário" do animal Profissional de saúde Abrigo/ONG Outros	Relação com o animal doente	Campo essencial Pode marcar mais de uma opção	relacao_animal_doente
44		EXERCE ATIVIDADE QUE RESULTE EM CONTATO CONSTANTE COM PLANTAS? (JARDINEIROS, AGRICULTORES, HORTICULTORES, EXPLORADORES DE MADEIRA, TRABALHADORES RUAIS)	texto	Sim Não Ignorado	Contato constante com plantas (ex. Agricultores, Jardineiros, etc.)	Campo essencial	exerce_atividade_contato_plantas
45		HISTÓRIA DE CORTE, LESÃO OU TRAUMA DURANTE O MANUSEIO DE PLANTAS OU MATERIAL ORGÂNICO SUSPEITO DE CONTAMINAÇÃO PELO FUNGO? (EX: TÁBUAS ÚMIDAS DE MADEIRA, SOLO, PALHAS, FARPAS, ESPINHOS, VEGETAIS)	texto	Sim Não Ignorado	Histórico de contato com material suspeito de contaminação pelo fungo (ex.: Solo, Farpas, Tabúas Úmidas, etc.)	Campo essencial	historico_contato_material
46	D A D O S C L Í N I C O S	PRESENÇA DE LESÃO NA PELE	texto	Sim Não Ignorado	Presença de lesão na pele	Campo essencial	presenca_lesao_pele
47		NÚMERO DE LESÕES	texto	Única Dupla Múltiplas Cultânea linfática NSA Ignorado	Qunatidade de lesões na pele	Campo essencial	quantidade_lesao
48		NATUREZA DA LESÃO	array<texto>	Pápula Úlcera Linfonodos Outros	Natureza da lesão	Campo essencial Pode marcar mais de uma opção	natureza_lesao
49		LOCALIZAÇÃO DA LESÃO (PARTE DO CORPO ATINGIDA)	array<texto>	Mão Membro Superior Cabeça Pescoço Tórax Abdome Pé Membro Inferior Todo o corpo Outros	Localização da lesão	Campo Obrigatório Pode marcar mais de uma opção	local_lesao
50		DIAGNÓSTICO DE FORMA EXTRACUTÂNEA DA DOENÇA	texto	Sim Não Ignorado	Forma extracutanea da doença	Campo obrigatório Se sim, digitar qual a localização da forma extracutânea da doença	diagnostico_forma_extrac_doenca

51		FORMA DA DOENÇA	texto	Cutânea linfática Cutânea disseminada Cutânea localizada Extracutânea Ignorado	Forma da doença	Campo essencial	forma_doenca
52		QUAL LOCALIZAÇÃO?	texto		Forma extracutanea da doença	Campo obrigatório Se sim, digitar qual a localização da forma extracutânea da doença	localizacao_forma_extrac_doenca
53	D A D O S L A B O R A T O R I A I S	HOUE COLETA DE MATERIAL PARA EXAME LABORATORIAL	texto	Sim Não Ignorado	Coleta de material para exame micológico	Campo obrigatório Se sim, digitar data da coleta e número GAL	houve_coleta_material
54		TIPO DE AMOSTRA	texto	Sangue Secreção Tecido Exame Direto Ignorado	Tipo de amostra coletada para o exame	Campo essencial	tipo_amostra
55		DATA DA COLETA	date	Date DD/MM/AAAA	Data da coleta de material para exame laboratorial	Campo essencial	data_coleta
56		MÉTODO DO DIAGNÓSTICO	texto	Sangue Cultura Exame Direto Ignorado	Método empregado para gerar o diagnóstico	Campo essencial	metodo_diag
57		RESULTADO DO ISOLAMENTO	texto	Detectado Não detectado Inconclusivo Não realizado	Resultado do isolamento	Campo essencial Se detectado, digitar o agente (ex.: Sporothrix spp.)	resultado_isolamento
58		AGENTE	texto		Resultado do isolamento	Campo essencial Se detectado, digitar o agente (ex.: Sporothrix spp.)	agente
59		HISTOPATOLOGIA	texto	Compatível Não compatível Inconclusivo Não realizado	Histopatologia	Campo essencial	histopatologia
60		DATA	date	Date DD/MM/AAAA	Data do resultado de outros exames realizados	Campo essencial	data_resultado_exame1
61		DESCRIÇÃO	texto		Descrição de outros exames realizados (ex.: hemocultura, etc.)	Campo essencial	descricao_exame_1
62		RESULTADO	texto		Resultado de outros exames realizados	Campo essencial	resultado_exame1
63		DATA	date	Date DD/MM/AAAA	Data do resultado de outros exames realizados	Campo essencial	data_resultado_exame2
64		DESCRIÇÃO	texto		Descrição de outros exames realizados (ex.: hemocultura, etc.)	Campo essencial	descricao_exame_2
65		RESULTADO	texto		Resultado de outros exames realizados	Campo essencial	resultado_exame2
66		DATA	date	Date DD/MM/AAAA	Data do resultado de outros exames realizados	Campo essencial	data_resultado_exame3
67		DESCRIÇÃO	texto		Descrição de outros exames realizados (ex.: hemocultura, etc.)	Campo essencial	descricao_exame_3
68		RESULTADO	texto		Resultado de outros exames realizados	Campo essencial	resultado_exame3
69	T R A T A M E N T O	DATA DE INÍCIO DE TRATAMENTO	date	Date DD/MM/AAAA	Data do inicio do tratamento	Campo essencial Se resultado do isolamento for detectado para Sporothrix spp., digitar a data de início do tratamento)	data_inicio_tratamento1
70		DROGA ADMINISTRADA	texto		Droga administrada	Campo essencial Se resultado do isolamento for detectado para Sporothrix spp., digitar a droga administrada)	droga_administrada1
71		ESQUEMA TERAPEUTICO (DOSE, VIA, INTERVALO)	texto		Esquema terapêutico (dose, via, intervalo)	Campo essencial Se resultado do isolamento for detectado para Sporothrix spp., digitar o esquema terapêutico- via, dose, intervalo)	esquema_terapeutico1
72		DATA DE INÍCIO DE TRATAMENTO	date	Date DD/MM/AAAA	Data do inicio do tratamento	Campo essencial	data_inicio_tratamento2
73		DROGA ADMINISTRADA	texto		Droga administrada	Campo essencial	droga_administrada2
74		ESQUEMA TERAPEUTICO (DOSE, VIA, INTERVALO)	texto		Esquema terapêutico (dose, via, intervalo)	Campo essencial	esquema_terapeutico2
75		DATA DE INÍCIO DE TRATAMENTO	date	Date DD/MM/AAAA	Data do inicio do tratamento	Campo essencial	data_inicio_tratamento3
76		DROGA ADMINISTRADA	texto		Droga administrada	Campo essencial	droga_administrada3
77		ESQUEMA TERAPEUTICO (DOSE, VIA, INTERVALO)	texto		Esquema terapêutico (dose, via, intervalo)	Campo essencial	esquema_terapeutico3
78		OCORREU HOSPITALIZAÇÃO?	texto	Sim Não Ignorado	Hospitalização	Campo essencial	hospitalizacao
79		DATA DA INTERNAÇÃO	date	Date DD/MM/AAAA	Hospitalização	Campo essencial Se hospitalização sim, digitar a data de internação	data_internacao
80		DATA DA ALTA	date	Date DD/MM/AAAA	Hospitalização	Campo essencial Se hospitalização sim, digitar a data de alta	data_da_alta
81		UF	texto	Sigla padronizada pelo IBGE	Unidade Federativa do local de internação	Campo essencial Se UF diferente de PB, então digitar: Nome do município onde o hospital está localizado no campo 'Outro município de internação'	uf_hospitalizacao
82		MUNICÍPIO DO HOSPITAL	texto		Município de hospitalização	Campo essencial Se hospitalização sim, marcar município de internação	municipio_hospitalizacao
83		CÓDIGO IBGE	texto	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde	Campo essencial	codigo_ibge_hospitalizacao
84		NOME DO HOSPITAL	texto		Nome do hospital	Campo essencial Se hospitalização sim, digitar nome do hospital onde ocorreu a internação	nome_hospital_hospitalizacao
85		CÓDIGO					
86		CLASSIFICAÇÃO FINAL	texto	Confirmado Descartado	Classificação Final	Campo essencial Após 180 dias se torna campo obrigatório	classificacao_final
87		CRITÉRIO DE CONFIRMAÇÃO	texto	Clinico laboratorial Clínico epidemiológico	Critério de confirmação	Campo essencial	criterio_confirmacao

88	C O N C L U S A O	CASO AUTÓCTONE DO MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA?	texto	Sim Não Indeterminado	Caso autóctone	Campo essencial	caso_autoctone_municipio_residencia
89		UF	texto	Sigla padronizada pelo IBGE	Unidade Federativa do local do caso autóctone	Campo essencial	uf_caso_autoctone
90		PAÍS	texto			Campo essencial	pais_caso_autoctone
91		MUNICÍPIO	texto	Nomes dos Municípios padronizados pelo IBGE	Município do caso autóctone	Campo essencial	municipio_caso_autoctone
92		CÓDIGO IBGE	texto			Campo essencial	codigo_ibge_caso_autoctone
93		DISTRITO	texto			Campo essencial	distrito_caso_autoctone
94		BAIRRO	texto			Campo essencial	bairro_caso_autoctone
95		ÁREA PROVÁVEL DE INFECÇÃO	texto	Periurbano Urbana Rural Ignorado	Área provável do caso autóctone	Campo essencial	area_provavel_infeccao_caso_autoctone
96		AMBIENTE DE INFECÇÃO	texto	Domiciliar Trabalho Lazer Outro Ignorado	Ambiente da infecção	Campo essencial	ambiente_infeccao_caso_autoctone
97		DOENÇA RELACIONADA AO TRABALHO	texto	Sim Não Ignorado	Doença relacionada ao trabalho	Campo essencial	doenca_rel_trabalho_caso_autoctone
98		EVOLUÇÃO DO CASO	texto	Cura Em tratamento Óbito pelo agravo Óbito por outras causas Ignorado	Evolução do caso	Campo essencial Após 180 dias se torna campo obrigatório	evolucao_caso
99		DATA DO ÓBITO	date		Data do óbito	Campo essencial Campo => data dos primeiros sintomas	data_obito
100	I N V E S T I G A D O R	DATA DE ENCERRAMENTO	date	Date DD/MM/AAAA	Data de encerramento	Campo obrigatório se a classificação final foi preenchida Campo => data da investigação	data_encerramento
101		PERÍODO DE TRATAMENTO	texto	Dias	Quantidade de dias que durou o tratamento do caso	Campo essencial	caso_tratado_durac
102		OBSERVAÇÃO	texto		Observações	Campo essencial	observacao
103		NOME	texto		Nome do investigador	Campo Obrigatório	nome_investigador
104		FUNÇÃO	texto		Função do investigador	Campo Obrigatório	funcao_investigador
105		ASSINATURA	texto		E-mail do investigador	Campo Obrigatório	email_investigador
106		TELEFONE	texto		Telefone do investigador	Campo Obrigatório	telefone_investigador
107		CONSELHO DE CLASSE	texto		Conselho de Classe (ex.: CRM-xxxx; COREN-xxxx)	Campo essencial	conselho_classe_investigador