

variavel	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
tipo_notificacao	texto	Individual	Identifica o tipo de notificação	Campo Interno Nome gerado automaticamente pelo sistema.	tipo_notificacao
agravo_doenca	texto	Agravo_doenca	Esporotricose Humana	Campo Interno Nome gerado automaticamente pelo sistema.	agravo_doenca
codigo_cib10	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
data_notificacao	data	Date DD/MM/AAAA	Data de preenchimento da ficha de notificação. Data deve ser <= a data da digitação.	Campo Obrigatório	data_notificacao
uf	texto	Sigla padronizada pelo IBGE	Unidade Federativa que realizou a notificação	Campo Interno Nome gerado automaticamente pelo sistema.	estado
municipio	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
codigo_ibge	texto	Códigos dos Municípios padronizados pelo IBGE	Códigos dos Municípios padronizados pelo IBGE	Campo Interno Preenchendo o nome do município de notificação, o código é preenchido automaticamente.	codigo_ibge
data_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
unidade_saude	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
unidade_saude_outro	texto		Unidade de Saúde que realizou o atendimento	Campo essencial Se a unidade de saúde não estiver cadastrada, deve-se informar outra unidade.	
gerencia	inteiro		Identifica gerência no banco de dados	Campo Interno Nome gerado automaticamente pelo sistema.	
nome_paciente	texto		Nome completo do paciente (sem abreviações)	Campo Obrigatório	nome_paciente
data_nascimento_paciente	date	Date DD/MM/AAAA	Data de nascimento do paciente	Campo Obrigatório	data_nascimento_paciente
idade_paciente	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
sexo_paciente	texto	Feminino Masculino Ignorado	Sexo do paciente	Campo Obrigatório Se sexo masculino, desabilitar o campo gestante	sexo_paciente
paciente_gestante	texto	1º Trimestre 2º Trimestre 3º Trimestre Idade gestacional ignorada Não Não se aplica Ignorado	Idade gestacional	Campo Obrigatório Se feminino e idade <= 10 anos ou >= 50 anos, o campo será preenchido automaticamente como não se aplica.	paciente_gestante
raca_paciente	texto	Branca Preta Amarela Parda Indígena Ignorado	Considera-se cor ou raça declarada pela pessoa.	Campo essencial	raca_paciente
escolaridade_paciente	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
cartao_sus_paciente	texto		Número do cartão do Sistema Único de Saúde (SUS) do paciente		cartao_sus_paciente
nome_mae_paciente	texto		Nome completo da mãe do paciente (sem abreviações)	Campo obrigatório	nome_mae_paciente
cep_residencia	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

uf_residencia	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
municipio_residencia	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
bairro_residencia	texto			Campo essencial Gerado automaticamente pelo sistema se preenchido o CEP do estado da Paraíba	bairro_residencia
codigo_ibge_residencia	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
rua_residencia	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
numero_residencia	texto		Nº da residência do paciente por ocasião da notificação	Campo essencial	numero_residencia
complemento_residencia	texto		Complemento (ex. Bloco B, apto., etc)	Campo essencial	complemento_residencia
distrito_residencia	texto		Nome do distrito de residência do paciente	Campo essencial	distrito_residencia
ponto_referencia_residencia	texto		Ponto de referência para facilitar a localização da residência do paciente	Campo essencial	ponto_referencia_residencia
telefone_residencia	texto		Telefone residencial ou celular do paciente	Campo Obrigatório	telefone_residencia
zona_residencia	texto	Urbana Rural Periurbana Ignorado	Zona de residência do paciente	Campo essencial	zona_residencia
pais_residencia	texto		Pais onde reside o paciente	Campo essencial Preencher somente se o paciente residir fora do Brasil	pais_residencia
data_investigacao	date		Data de início da investigação	Campo Obrigatório Data => data da notificação	data_investigacao
ocupacao	texto		Ocupação do paciente (ex.: veterinário, jardineiro, etc.)	Campo essencial Ocupação do paciente	ocupacao
ambientes_frequentados	array<texto>	Mata Floresta Rios Cachoeiras Sítios Outros	Ambientes que frequentou associados à contaminação	Campo essencial Pode marcar mais de uma opção	ambientes_frequentados
animais_que_teve_contato	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
natureza_contato_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
relacao_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
exerce_atividade_contato_plantas	texto	Sim Não Ignorado	Contato constante com plantas (ex. Agricultores, Jardineiros, etc.)	Campo essencial	exerce_atividade_contato_plantas
historico_contato_material	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
presenca_lesao_pele	texto	Sim Não Ignorado	Presença de lesão na pele	Campo essencial	presenca_lesao_pele
natureza_lesao	array<texto>	Pápula Úlcera Linfonodos Outros	Natureza da lesão	Campo essencial Pode marcar mais de uma opção	natureza_lesao
local_lesao	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
diagnostico_forma_extrac_doenca	texto	Sim Não Ignorado	Forma extracutânea da doença	Campo obrigatório Se sim, digitar qual a localização da forma extracutânea da doença	diagnostico_forma_extrac_doenca

localizacao_forma_extrac_doenca	texto		Forma extracutanea da doença	Campo obrigatório Se sim, digitar qual a localização da forma extracutânea da doença	localizacao_forma_extrac_doenca
houve_coleta_material	texto	Sim Não Ignorado	Coleta de material para exame micológico	Campo obrigatório Se sim, digitar data da coleta e número GAL	houve_coleta_material
data_coleta	date		Data da coleta de material para exame laboratorial	Campo essencial	data_coleta
resultado_isolamento	texto	Detectado Não detectado Inconclusivo Não realizado	Resultado do isolamento	Campo essencial Se detectado, digitar o agente (ex.: Sporothrix spp.)	resultado_isolamento
agente	texto		Resultado do isolamento	Campo essencial Se detectado, digitar o agente (ex.: Sporothrix spp.)	agente
histopatologia	texto	Compatível Não compatível Inconclusivo Não realizado	Histopatologia	Campo essencial	histopatologia
data_resultado_exame1	date		Data do resultado de outros exames realizados	Campo essencial	data_resultado_exame1
descricao_exame_1	texto		Descrição de outros exames realizados (ex.: hemocultura, etc.)	Campo essencial	descricao_exame_1
resultado_exame1	texto		Resultado de outros exames realizados	Campo essencial	resultado_exame1
data_resultado_exame2	date		Data do resultado de outros exames realizados	Campo essencial	data_resultado_exame2
descricao_exame_2	texto		Descrição de outros exames realizados (ex.: hemocultura, etc.)	Campo essencial	descricao_exame_2
resultado_exame2	texto		Resultado de outros exames realizados	Campo essencial	resultado_exame2
data_resultado_exame3	date		Data do resultado de outros exames realizados	Campo essencial	data_resultado_exame3
descricao_exame_3	texto		Descrição de outros exames realizados (ex.: hemocultura, etc.)	Campo essencial	descricao_exame_3
resultado_exame3	texto		Resultado de outros exames realizados	Campo essencial	resultado_exame3
data_inicio_tratamento1	date		Data do início do tratamento	Campo essencial Se resultado do isolamento for detectado para Sporothrix spp., digitar a data de início do tratamento)	data_inicio_tratamento1
droga_administrada1	texto		Droga administrada	Campo essencial Se resultado do isolamento for detectado para Sporothrix spp., digitar a droga administrada)	droga_administrada1
esquema_terapeutico1	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
data_inicio_tratamento2	date		Data do início do tratamento	Campo essencial	data_inicio_tratamento2
droga_administrada2	texto		Droga administrada	Campo essencial	droga_administrada2
esquema_terapeutico2	texto		Esquema terapêutico (dose, via, intervalo)	Campo essencial	esquema_terapeutico2
data_inicio_tratamento3	date		Data do início do tratamento	Campo essencial	data_inicio_tratamento3
droga_administrada3	texto		Droga administrada	Campo essencial	droga_administrada3
esquema_terapeutico3	texto		Esquema terapêutico (dose, via, intervalo)	Campo essencial	esquema_terapeutico3
hospitalizacao	texto	Sim Não Ignorado	Hospitalização	Campo essencial	hospitalizacao
data_internacao	date		Hospitalização	Campo essencial Se hospitalização sim, digitar a data de internação	data_internacao
data_da_alta	date		Hospitalização	Campo essencial Se hospitalização sim, digitar a data de alta	data_da_alta
uf_hospitalizacao	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
municipio_hospitalizacao	texto		Município de hospitalização	Campo essencial Se hospitalização sim, marcar município de internação	municipio_hospitalizacao
codigo_ibge_hospitalizacao	texto	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde	Campo essencial	codigo_ibge_hospitalizacao
nome_hospital_hospitalizacao	texto		Nome do hospital	Campo essencial Se hospitalização sim, digitar nome do hospital onde ocorreu a internação	nome_hospital_hospitalizacao
classificacao_final	texto	Confirmado Descartado	Classificação Final	Campo essencial Após 180 dias se torna campo obrigatório	classificacao_final
criterio_confirmacao	texto	Clínico laboratorial Clínico epidemiológico	Critério de confirmação	Campo essencial	criterio_confirmacao
caso_autoctone_municipio_residencia	texto	Sim Não Indeterminado	Caso autóctone	Campo essencial	caso_autoctone_municipio_residencia
uf_caso_autoctone	texto	Sigla padronizada pelo IBGE	Unidade Federativa do local do caso autóctone	Campo essencial	uf_caso_autoctone
pais_caso_autoctone	texto			Campo essencial	pais_caso_autoctone

municipio_caso_autoctone	texto	Nomes dos Municípios padronizados pelo IBGE	Município do caso autóctone	Campo essencial	municipio_caso_autoctone
codigo_ibge_caso_autoctone	texto			Campo essencial	codigo_ibge_caso_autoctone
distrito_caso_autoctone	texto			Campo essencial	distrito_caso_autoctone
bairro_caso_autoctone	texto			Campo essencial	bairro_caso_autoctone
area_provavel_infeccao_caso_autoctone	texto	Periurbano Urbana Rural Ignorado	Área provável do caso autóctone	Campo essencial	area_provavel_infeccao_caso_autoctone
ambiente_infeccao_caso_autoctone	texto	Domiciliar Trabalho Lazer Outro Ignorado	Ambiente da infecccção	Campo essencial	ambiente_infeccao_caso_autoctone
doenca_rel_trabalho_caso_autoctone	texto	Sim Não Ignorado	Doença relacionada ao trabalho	Campo essencial	doenca_rel_trabalho_caso_autoctone
evolucao_caso	texto	Cura Óbito pelo agravamento Óbito por outras causas Ignorado	Evolução do caso	Campo essencial Após 180 dias se torna campo obrigatório	evolucao_caso
data_obito	date		Data do óbito	Campo essencial Campo => data dos primeiros sintomas	data_obito
data_encerramento	date		Data de encerramento	Campo obrigatório se a classificação final foi preenchida Campo => data da investigação	data_encerramento
observacao	texto		Observações	Campo essencial	observacao
nome_investigador	texto		Nome do investigador	Campo Obrigatório	nome_investigador
funcao_investigador	texto		Função do investigador	Campo Obrigatório	funcao_investigador
email_investigador	texto		E-mail do investigador	Campo Obrigatório	email_investigador
telefone_investigador	texto		Telefone do investigador	Campo Obrigatório	telefone_investigador
conselho_classe_investigador	texto		Conselho de Classe (ex.: CRM-xxxx; COREN-xxxx)	Campo essencial	conselho_classe_investigador