

DADOS CLÍNICOS									
DADOS COMPLEMENTARES DO CASO									
PRESENÇA DE LESÃO NA PELE? <div>1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO</div>				NATUREZA DA LESÃO <div><input type="checkbox"/> PÁPULA <input type="checkbox"/> ÚLCERA <input type="checkbox"/> LINFONODOS <input type="checkbox"/> OUTROS</div>					
LOCALIZAÇÃO DA LESÃO (PARTE DO CORPO ATINGIDA) <div><input type="checkbox"/> MÃO <input type="checkbox"/> MEMBRO SUPERIOR <input type="checkbox"/> CABEÇA <input type="checkbox"/> PESCOÇO <input type="checkbox"/> ABDOME <input type="checkbox"/> TÓRAX <input type="checkbox"/> PÉ <input type="checkbox"/> MEMBRO INFERIOR <input type="checkbox"/> TODO O CORPO <input type="checkbox"/> OUTROS</div>									
DIAGNÓSTICO DE FORMA EXTRACUTÂNEA DA DOENÇA? <div><input type="checkbox"/> 1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO</div>									
QUAL LOCALIZAÇÃO? _____									
DADOS LABORATORIAIS									
HOUE COLETA DE MATERIAL PARA EXAME LABORATORIAL? <div><input type="checkbox"/> 1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO</div>							DATA DA COLETA		
RESULTADO DO ISOLAMENTO <div><input type="checkbox"/> 1 - DETECTADO 2 - NÃO DETECTADO 3 - INCONCLUSIVO 4 - NÃO REALIZADO</div>							AGENTE		
HISTOPATOLOGIA <div><input type="checkbox"/> 1 - DETECTADO 2 - NÃO COMPATÍVEL 3 - INCONCLUSIVO 4 - NÃO REALIZADO</div>									
OUTROS EXAMES REALIZADOS									
DATA		DESCRIÇÃO				RESULTADO			
DATA		DESCRIÇÃO				RESULTADO			
DATA		DESCRIÇÃO				RESULTADO			
TRATAMENTO									
DATA DE INÍCIO DO TRATAMENTO			DROGA ADMINISTRADA			ESQUEMA TERAPEUTICO (DOSE, VIA, INTERVALO)			
OCORREU HOSPITALIZAÇÃO?			DATA DA INTERNAÇÃO			DATA DA ALTA		UF	
MUNICÍPIO DO HOSPITAL							CÓDIGO IBGE		
NOME DO HOSPITAL							CÓDIGO		
CONCLUSÃO									
CLASSIFICAÇÃO FINAL <div><input type="checkbox"/> 1 - CONFIRMADO 2 - DESCARTADO</div>					CRITÉRIO DE CONFIRMAÇÃO <div><input type="checkbox"/> 1 - CLÍNICO LABORATORIAL 2 - CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO</div>				
CASO AUTÓCTONE DO MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA? <div>1 - SIM 2 - NÃO 3 - INDETERMINADO</div>							UF	PAÍS	
MUNICÍPIO							CÓDIGO DO IBGE		
DISTRITO		BAIRRO			ÁREA PROVÁVEL DE INFECÇÃO <div><input type="checkbox"/> 1 - URBANA 2 - RURAL 3 - PERIURBANA 9 - IGNORADO</div>				
AMBIENTE DE INFECÇÃO <div><input type="checkbox"/> 1 - DOMICILIAR 2 - TRABALHO 3 - LAZER 4 - OUTRO 9 - IGNORADO</div>					DOENÇA RELACIONADA AO TRABALHO? <div><input type="checkbox"/> 1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO</div>				
EVOLUÇÃO DO CASO <div><input type="checkbox"/> 1 - CURA 2 - ÓBITO PELO AGRAVO 3 - ÓBITO OUTRAS CAUSAS 9 - IGNORADO</div>					DATA DO ÓBITO		DATA DE ENCERRAMENTO		
OBSERVAÇÃO									
INVESTIGADOR									
NOME					FUNÇÃO			ASSINATURA	