

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		AGRAVO/DOENÇA	texto	Agravo_doenca	Esporotricose Humana	Campo Interno Nome gerado automaticamente pelo sistema.	agravo_doenca
3		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
4		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
5		UF	texto	Sigla padronizada pelo IBGE	Unidade Federativa que realizou a notificação	Campo Interno Nome gerado automaticamente pelo sistema.	estado
6		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
7		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
8		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
9		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
10		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
11	N O T I F I C A Ç Ã O I N D I V I D U A L	NOME DO PACIENTE (SEM ABREVIACÕES)	texto		Nome completo do paciente (sem abreviações)	Campo Obrigatório	nome_paciente
12		DATA DE NASCIMENTO	date	Date DD/MM/AAAA	Data de nascimento do paciente	Campo Obrigatório	data_nascimento_paciente
13		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
14		SEXO	texto	Feminino Masculino Ignorado	Sexo do paciente	Campo Obrigatório Se sexo masculino, desabilitar o campo gestante	sexo_paciente
15		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
16		RAÇA/COR	texto	Branca Preta Amarela Parda Indígena Ignorado	Considera-se cor ou raça declarada pela pessoa.	Campo essencial	raca_paciente
17		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
18		NÚMERO DO CARTÃO DO SUS	texto		Número do cartão do Sistema Único de Saúde (SUS) do paciente		cartao_sus_paciente
19		NOME DA MÃE	texto		Nome completo da mãe do paciente (sem abreviações)	Campo obrigatório	nome_mae_paciente
20	D A D O S	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
21		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
22		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
23		BAIRRO	texto			Campo essencial Gerado automaticamente pelo sistema se preenchido o CEP do estado da Paraíba	bairro_residencia
24		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

25	D E R E S I D Ê N C I A	LOGRADOURO	texto	Nome da rua em que o paciente reside	Dados do endereço da residência do paciente por ocasião da notificação	Gerado automaticamente pelo sistema se preenchido o CEP do estado da Paraíba	rua_residencia
26		NÚMERO	texto		Nº da residência do paciente por ocasião da notificação	Campo essencial	numero_residencia
27		COMPLEMENTO	texto		Complemento (ex. Bloco B, apto., etc)	Campo essencial	complemento_residencia
28		DISTRITO	texto		Nome do distrito de residência do paciente	Campo essencial	distrito_residencia
29		PONTO DE REFERÊNCIA	texto		Ponto de referência para facilitar a localização da residência do paciente	Campo essencial	ponto_referencia_residencia
30		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
31		(DDD) TELEFONE	texto		Telefone residencial ou celular do paciente	Campo Obrigatório	telefone_residencia
32		ZONA	texto	Urbana Rural Periurbana Ignorado	Zona de residência do paciente	Campo essencial	zona_residencia
33		PAÍS (SE RESIDIR NO EXTERIOR)	texto		País onde reside o paciente	Campo essencial Preencher somente se o paciente residir fora do Brasil	pais_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	DATA DA INVESTIGAÇÃO	date	Date DD/MM/AAAA	Data de início da investigação	Campo Obrigatório Data => data da notificação	data_investigacao
35		OCUPAÇÃO	texto		Ocupação do paciente (ex.: veterinário, jardineiro, etc.)	Campo essencial Ocupação do paciente	ocupacao
36		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
37		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
38		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
39		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
40		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
41		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
42		PRESENÇA DE LESÃO NA PELE	texto	Sim Não Ignorado	Presença de lesão na pele	Campo essencial	presenca_lesao_pele
43	D A D O S C L Í N I C O S	NATUREZA DA LESÃO	array<texto>	Pápula Úlcera Linfonodos Outros	Natureza da lesão	Campo essencial Pode marcar mais de uma opção	natureza_lesao
44		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
45		DIAGNÓSTICO DE FORMA EXTRACUTÂNEA DA DOENÇA	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
46		QUAL LOCALIZAÇÃO?	texto		Forma extracutânea da doença	Campo obrigatório Se sim, digitar qual a localização da forma extracutânea da doença	localizacao_forma_extrac_doenca
47	D A D O S	HOVE 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
48		DATA DA COLETA	date	Date DD/MM/AAAA	Data da coleta de material para exame laboratorial	Campo essencial	data_coleta
49		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

50	S L A B O R A T O R I A I S	AGENTE	texto		Resultado do isolamento	Campo essencial Se detectado, digitar o agente (ex.: Sporothrix spp.)	agente
51		HISTOPATOLOGIA	texto	Compatível Não compatível Inconclusivo Não realizado	Histopatologia	Campo essencial	histopatologia
52		DATA	date	Date DD/MM/AAAA	Data do resultado de outros exames realizados	Campo essencial	data_resultado_exame1
53		DESCRIÇÃO	texto		Descrição de outros exames realizados (ex.: hemocultura, etc.)	Campo essencial	descricao_exame_1
54		RESULTADO	texto		Resultado de outros exames realizados	Campo essencial	resultado_exame1
55		DATA	date	Date DD/MM/AAAA	Data do resultado de outros exames realizados	Campo essencial	data_resultado_exame2
56		DESCRIÇÃO	texto		Descrição de outros exames realizados (ex.: hemocultura, etc.)	Campo essencial	descricao_exame_2
57		RESULTADO	texto		Resultado de outros exames realizados	Campo essencial	resultado_exame2
58		DATA	date	Date DD/MM/AAAA	Data do resultado de outros exames realizados	Campo essencial	data_resultado_exame3
59		DESCRIÇÃO	texto		Descrição de outros exames realizados (ex.: hemocultura, etc.)	Campo essencial	descricao_exame_3
60		RESULTADO	texto		Resultado de outros exames realizados	Campo essencial	resultado_exame3
61	T R A T A M E N T O	DATA DE INÍCIO DE TRATAMENTO	date	Date DD/MM/AAAA	Data do início do tratamento	Se resultado do isolamento for detectado para Sporothrix spp., digitar a data de início do tratamento)	data_inicio_tratamento1
62		DROGA ADMINISTRADA	texto		Droga administrada	Campo essencial Se resultado do isolamento for detectado para Sporothrix spp., digitar a droga administrada)	droga_administrada1
63		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
64		DATA DE INÍCIO DE TRATAMENTO	date	Date DD/MM/AAAA	Data do início do tratamento	Campo essencial	data_inicio_tratamento2
65		DROGA ADMINISTRADA	texto		Droga administrada	Campo essencial	droga_administrada2
66		ESQUEMA TERAPEUTICO (DOSE, VIA, INTERVALO)	texto		Esquema terapêutico (dose, via, intervalo)	Campo essencial	esquema_terapeutico2
67		DATA DE INÍCIO DE TRATAMENTO	date	Date DD/MM/AAAA	Data do início do tratamento	Campo essencial	data_inicio_tratamento3
68		DROGA ADMINISTRADA	texto		Droga administrada	Campo essencial	droga_administrada3
69		ESQUEMA TERAPEUTICO (DOSE, VIA, INTERVALO)	texto		Esquema terapêutico (dose, via, intervalo)	Campo essencial	esquema_terapeutico3
70		OCORREU HOSPITALIZAÇÃO?	texto	Sim Não Ignorado	Hospitalização	Campo essencial	hospitalizacao
71		DATA DA INTERNAÇÃO	date	Date DD/MM/AAAA	Hospitalização	Campo essencial Se hospitalização sim, digitar a data de internação	data_internacao
72		DATA DA ALTA	date	Date DD/MM/AAAA	Hospitalização	Campo essencial Se hospitalização sim, digitar a data de alta	data_da_alta
73		UF	texto	Sigla padronizada pelo IBGE	Unidade Federativa do local de internação	Se UF diferente de PB, então digitar Nome do município onde o hospital está localizado no campo 'Outro município de internação'	uf_hospitalizacao
74		MUNICÍPIO DO HOSPITAL	texto		Município de hospitalização	Campo essencial Se hospitalização sim, marcar município de internação	municipio_hospitalizacao
75		CÓDIGO IBGE	texto	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde	Campo essencial	codigo_ibge_hospitalizacao
76		NOME DO HOSPITAL	texto		Nome do hospital	Campo essencial Se hospitalização sim, digitar nome do hospital onde ocorreu a internação	nome_hospital_hospitalizacao
77		CÓDIGO					
78	C O N C L U S Ã O	CLASSIFICAÇÃO FINAL	texto	Confirmado Descartado	Classificação Final	Campo essencial Após 180 dias se torna campo obrigatório	classificacao_final
79		CRITÉRIO DE CONFIRMAÇÃO	texto	Clinico laboratorial Clínico epidemiológico	Crítério de confirmação	Campo essencial	critério_confirmacao
80		CASO AUTÓCTONE DO MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA?	texto	Sim Não Indeterminado	Caso autóctone	Campo essencial	caso_autoctone_municipio_residencia
81		UF	texto	Sigla padronizada pelo IBGE	Unidade Federativa do local do caso autóctone	Campo essencial	uf_caso_autoctone
82		PAÍS	texto			Campo essencial	pais_caso_autoctone
83		MUNICÍPIO	texto	Nomes dos Municípios padronizados pelo IBGE	Município do caso autóctone	Campo essencial	municipio_caso_autoctone
84		CÓDIGO IBGE	texto			Campo essencial	codigo_ibge_caso_autoctone
85		DISTRITO	texto			Campo essencial	distrito_caso_autoctone
86		BAIRRO	texto			Campo essencial	bairro_caso_autoctone
87		ÁREA PROVÁVEL DE INFECÇÃO	texto	Periurbano Urbana Rural Ignorado	Área provável do caso autóctone	Campo essencial	area_provavel_infeccao_caso_autoctone
88		AMBIENTE DE INFECÇÃO	texto	Domiciliar Trabalho Lazer Outro Ignorado	Ambiente da infecção	Campo essencial	ambiente_infeccao_caso_autoctone

89		DOENÇA RELACIONADA AO TRABALHO	texto	Sim Não Ignorado	Doença relacionada ao trabalho	Campo essencial	doenca_rel_trabalho_caso_autoctone
90		EVOLUÇÃO DO CASO	texto	Cura Óbito pelo agravo Óbito por outras causas Ignorado	Evolução do caso	Campo essencial Após 180 dias se torna campo obrigatório	evolucao_caso
91		DATA DO ÓBITO	date		Data do óbito	Campo essencial Campo => data dos primeiros sintomas	data_obito
92		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
93		OBSERVAÇÃO	texto		Observações	Campo essencial	observacao
94	I N V E S T I G A D O R	NOME	texto		Nome do investigador	Campo Obrigatório	nome_investigador
95		FUNÇÃO	texto		Função do investigador	Campo Obrigatório	funcao_investigador
96		ASSINATURA	texto		E-mail do investigador	Campo Obrigatório	email_investigador
97		TELEFONE	texto		Telefone do investigador	Campo Obrigatório	telefone_investigador
98		CONSELHO DE CLASSE	texto		Conselho de Classe (ex.: CRM-xxxx; COREN-xxxx)	Campo essencial	conselho_classe_investigador