

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 1 - Negativa <input type="radio"/> 2 - Individual <input checked="" type="radio"/> 3 - Surto <input type="radio"/> 4 - Inquérito Tracoma <input type="radio"/>	2 Agravo/doença Epizootica	3 Data da Notificação 27.10.2017		
	4 UF MG	5 Município de Notificação Guanabésia	Código (IBGE)		
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) PSF Saúde e Vida IV	Código	7 Data dos Primeiros Sintomas		
	8 Nome do Paciente	9 Data de Nascimento			
Notificação Individual	10 (ou) Idade 1 - Hora <input type="checkbox"/> 2 - Dia <input type="checkbox"/> 3 - Mês <input type="checkbox"/> 4 - Ano <input type="checkbox"/>	11 Sexo M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> 1 - Ignorado <input type="checkbox"/>	12 Gestante 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre <input type="checkbox"/> 4 - Idade gestacional Ignorada 5 - Não 6 - Não se aplica <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>	13 Raça/Cor 1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela <input type="checkbox"/> 4 - Parda 5 - Indígena 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>	
	14 Escolaridade 0 - Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4 - Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5 - Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6 - Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7 - Educação superior incompleta 8 - Educação superior completa 9 - Ignorado 10 - Não se aplica <input type="checkbox"/>				
	15 Número do Cartão SUS	16 Nome da mãe			
	17 Data dos 1ºs Sintomas do 1º Caso Suspeito				
Notificação de Surto	18 Nº de Casos Suspeitos/Expostos				
	19 Local Inicial de Ocorrência do Surto 1 - Residência 2 - Hospital / Unidade de Saúde 3 - Creche / Escola <input type="checkbox"/> 4 - Asilo 5 - Outras Instituições (alojamento, trabalho) 6 - Restaurante/ Padaria <input type="checkbox"/> 7 - Eventos 8 - Casos Dispersos no Bairro 9 - Casos Dispersos Pelo Município <input type="checkbox"/> 10 - Casos Dispersos em mais de um Município 11 - Outros Especificar <input type="checkbox"/>				
Dados de Residência	20 UF MG	21 Município de Residência Guanabésia	Código (IBGE)	22 Distrito	
	23 Bairro Centro	24 Logradouro (rua,avenida,...) Rua Julio Favores	Código		
	25 Número 307	26 Complemento (apto., casa, ...)	27 Geo campo 1		
	28 Geo campo 2	29 Ponto de Referência	30 CEP 37819-000		
	31 (DDD) Telefone	32 Zona 1 - Urbana 2 - Rural <input checked="" type="checkbox"/> 3 - Periurbana 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>	33 País (se residente fora do Brasil)		
	Município/Unidade de Saúde Guanabésia / PSF IV				
Notificante	Nome Josiane Teodoro		Função Enfermeira		
	Assinatura JOSIANE TEODORO ENFERMEIRA COREN - SP/MG 0366710				
DADOS COMPLEMENTARES (ANOTAR TODOS OS DADOS DISPONÍVEIS NO MOMENTO DA NOTIFICAÇÃO)					
Notificante	01 Data da coleta da 1ª amostra da sorologia	02 Data da coleta da 1ª amostra de outra amostra	03 Especificar tipo de exame :		
	04 Óbito ? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>	05 Contato com caso semelhante ? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>			
	06 Presença de exantema ? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>	07 Data do início do exatema	08 Presença de petéquias ou sufusões hemorrágicas ? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>		
	09 Foi realizado líquor ? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>	10 Resultado da bacterioscopia :			
	11 O paciente tomou vacina contra agravo notificado neste impresso ? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>	12 Data da última dose tomada	13 Ocorreu hospitalização ? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>	14 Data da hospitalização	
	15 UF	16 Município do hospital Código (IBGE)	17 Nome do hospital Código		
	Notificante Surto	18 Hipóteses diagnósticas no momento da notificação 1ª Hipótese Diagnóstica - CID 10: _____ 2ª Hipótese Diagnóstica - CID 10: _____			
		19 Local provável de infecção (classificação provisória) País: _____ UF: _____ Município: _____ Distrito: _____ Bairro: _____			

Definição do caso: Animal ou grupo de animais encontrados doentes e/ou mortos, incluindo ossadas, sem causa definida, que podem preceder a ocorrência de doenças em humanos

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação	2- Individual			
	2 Agravado/doença	EPIZOOTIA		3 Data da Notificação	27/10/2017
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)		
	MG	Guaranésia	3128303		
Dados de Ocorrência	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código	7 Data do início da epizootia		
	PSF IV		+ + + + +		
	8 Fonte de informação	9 (DDD) Telefone da fonte da informação			
	Soliane David Colpas				
	10 UF	11 Município de Ocorrência	Código (IBGE)	12 Distrito	
	MG	Guaranésia			
	13 Bairro	14 Logradouro (rua, avenida, ...)	Código		
	Centro	Rua Julio Tavares			
	15 Número	16 Complemento (apto., casa, ...)	17 Geocampo 1		
	307				
18 Geocampo 2	19 Ponto de Referência	20 CEP			
		37810-000			
21 (DDD) Telefone	22 Zona	23 Ambiente			
35 135553823	1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	1 - Domicílio 2 - Parque, praça ou zoológico 3 - Área silvestre 4 - Reserva ecológica 5 - Outro		1	
24 Houve coleta de material para exame laboratorial	1-Sim 2-Não 9-Ignorado		25 Se houve coleta, informar a data		
	1		27/10/2017		
26 Se houve coleta, qual material	1-Sim 2-Não 9-Ignorado				
<input type="checkbox"/> fígado <input type="checkbox"/> rim <input type="checkbox"/> baço <input type="checkbox"/> cérebro <input type="checkbox"/> coração <input type="checkbox"/> fezes <input type="checkbox"/> soro <input type="checkbox"/> sangue total					
<input checked="" type="checkbox"/> outro material	Qual Animal im natura.				
27 Animais acometidos	7 Doentes Mortos				
1-Ave 3-Canino 5-Felino 7-Primata não humano 9-Outros. 2-Bovídeo 4-Equídeo 6-Morcego 8-Canídeo selvagem Especificar	7 Doentes Mortos				
28 Suspeita diagnóstica	4-Encefalite Espongiforme Bovina		5 1ª suspeita diagnóstica		
1-Raiva 2-Encefalite Equina 3-Febre do Vírus do Nilo Ocidental	5-Febre Amarela 6-Influenza Aviária 7-Outro. Especificar:		5 2ª suspeita diagnóstica		
			5 3ª suspeita diagnóstica		
29 Resultado laboratorial	1-Positivo 2-Negativo 3-Inconclusivo 9-Ignorado				
<input type="checkbox"/> Raiva <input type="checkbox"/> Encefalite espongiforme bovina <input type="checkbox"/> Outro Especificar					
<input type="checkbox"/> Encefalite equina <input type="checkbox"/> Febre amarela					
<input type="checkbox"/> Febre do Nilo <input type="checkbox"/> Influenza aviária					

Observações:

Investigador	Município/Unidade de Saúde	Código da Unid. de Saúde
	Guaranésia / PSF IV	
Nome	Função	Assinatura
Soliane Teodoro	Enfermeira	

Sinan NET

JOSIANE TEODORO
ENFERMEIRA
COREN - SP/MG 0366710

SVS 21/08/2008