



## FICHA DE NOTIFICAÇÃO/CONCLUSÃO

|                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                    |              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|--------------|
| Dados da Notificação                                                                                                                    | UF da notificação                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Município da notificação                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Código IBGE                        |              |
|                                                                                                                                         | Código CNES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Estabelecimento de saúde                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                    |              |
| Dados de identificação                                                                                                                  | 1 Data da notificação                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 2 Cadastro de Pessoa Física (CPF)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 3 Cadastro Nacional de Saúde (CNS) |              |
|                                                                                                                                         | 4 É estrangeiro (a)?<br><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 5 Se sim, passaporte                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 6 País de nascimento               |              |
|                                                                                                                                         | 7 Nome completo (sem abreviações)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 8 Nome social                      |              |
|                                                                                                                                         | 9 Nome completo da mãe (sem abreviações)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 10 Data de nascimento              |              |
|                                                                                                                                         | 11 Idade<br><input type="checkbox"/> 1. Hora <input type="checkbox"/> 3. Mês<br><input type="checkbox"/> 2. Dia <input type="checkbox"/> 4. Ano                                                                                                                                                                                                                                 | 12 Sexo ao nascimento<br><input type="checkbox"/> 1. Masculino <input type="checkbox"/> 2. Feminino <input type="checkbox"/> 3. Intersexo <input type="checkbox"/> 9. Ignorado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                    |              |
|                                                                                                                                         | 13 Orientação sexual<br><input type="checkbox"/> 1. Heterossexual <input type="checkbox"/> 3. Bissexual <input type="checkbox"/> 7. Não se aplica <input type="checkbox"/> 9. Ignorado<br><input type="checkbox"/> 2. Homossexual <input type="checkbox"/> 4. Outra, especifique: _____                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                    |              |
|                                                                                                                                         | 14 Identidade de gênero<br><input type="checkbox"/> 1. Mulher cisgênero <input type="checkbox"/> 3. Mulher transgênero <input type="checkbox"/> 5. Travesti <input type="checkbox"/> 7. Não se aplica<br><input type="checkbox"/> 2. Homem cisgênero <input type="checkbox"/> 4. Homem transgênero <input type="checkbox"/> 6. Não binário <input type="checkbox"/> 9. Ignorado |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                    |              |
|                                                                                                                                         | 15 Raça/Cor<br><input type="checkbox"/> 1. Branca <input type="checkbox"/> 2. Preta <input type="checkbox"/> 3. Amarela <input type="checkbox"/> 4. Parda <input type="checkbox"/> 5. Indígena <input type="checkbox"/> 9. Ignorado                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                    |              |
|                                                                                                                                         | 16 Se Indígena, qual etnia? _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                    |              |
|                                                                                                                                         | 17 Se Indígena, vive aldeado? <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 9. Ignorado                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                    |              |
|                                                                                                                                         | 18 Nome do distrito sanitário especial                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                    |              |
|                                                                                                                                         | 19 Nome do polo base                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                    |              |
|                                                                                                                                         | 20 Nome da aldeia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                    |              |
|                                                                                                                                         | 21 É membro de povo ou comunidade tradicional? <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 9. Ignorado                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                    |              |
|                                                                                                                                         | 22 Se sim, qual povo ou comunidade tradicional? _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                    |              |
|                                                                                                                                         | Dados do indivíduo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 23 Gestante<br><input type="checkbox"/> 1. 1º Trimestre <input type="checkbox"/> 3. 3º Trimestre <input type="checkbox"/> 5. Não <input type="checkbox"/> 9. Ignorado<br><input type="checkbox"/> 2. 2º Trimestre <input type="checkbox"/> 4. Idade gestacional ignorada <input type="checkbox"/> 7. Não se aplica                                                                                                                                                                                  |                                    |              |
|                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 24 Escolaridade<br><input type="checkbox"/> 1. Nenhuma <input type="checkbox"/> 4. Ensino Fundamental completo (até o 9º ano) <input type="checkbox"/> 7. Superior incompleto<br><input type="checkbox"/> 2. Educação Infantil <input type="checkbox"/> 5. Ensino Médio incompleto <input type="checkbox"/> 8. Superior completo<br><input type="checkbox"/> 3. Ensino Fundamental incompleto <input type="checkbox"/> 6. Ensino Médio completo (até o 3º ano) <input type="checkbox"/> 9. Ignorado |                                    |              |
|                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 25 Ocupação                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                    | Código (CBO) |
| 26 Atividade econômica                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Código (CNAE)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                    |              |
| 27 Pessoa em situação de rua?<br><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 9. Ignorado   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 28 Profissional de saúde?<br><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 9. Ignorado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                    |              |
| 29 Pessoa privada de liberdade?<br><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 9. Ignorado |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 30 Pessoa com deficiência?<br><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 9. Ignorado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                    |              |
| 31 CEP de residência                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 32 UF de residência                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 33 Município de residência         |              |
| 34 Bairro                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 35 Logradouro                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 36 Número                          |              |
| 37 Complemento                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 38 Telefone de contato                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                    |              |
| 39 Zona<br><input type="checkbox"/> 1. Urbana <input type="checkbox"/> 2. Rural <input type="checkbox"/> 9. Ignorado                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 40 País de residência                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                    |              |

## 41 Doenças/agravos notificados (possibilidade de múltiplas inserções)

1. \_\_\_\_\_ CID: \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_ CID: \_\_\_\_\_

## 42 Sinais e sintomas (possibilidade de múltiplas inserções)

| MedDRA - Ilt                                                 | Código LLT | MedDRA - Ilt                                                                | Código LLT | MedDRA - Ilt                                                                      | Código LLT |
|--------------------------------------------------------------|------------|-----------------------------------------------------------------------------|------------|-----------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <input type="checkbox"/> Assintomático                       | 00000001   | <input type="checkbox"/> Dor retro-orbital                                  | 10050741   | <input type="checkbox"/> Meningismo                                               | 10027197   |
| <input type="checkbox"/> Abscesso                            | 10000269   | <input type="checkbox"/> Dor torácica                                       | 10008461   | <input type="checkbox"/> Meningoencefalite                                        | 10027282   |
| <input type="checkbox"/> Adenite                             | 10001137   | <input type="checkbox"/> Edema                                              | 10014210   | <input type="checkbox"/> Mialgia                                                  | 10028411   |
| <input type="checkbox"/> Acidente vascular cerebral          | 10000374   | <input type="checkbox"/> Edema facial                                       | 10014222   | <input type="checkbox"/> Mialgia agravada                                         | 10048317   |
| <input type="checkbox"/> Adenomegalia                        | 10063721   | <input type="checkbox"/> Edema no pescoço                                   | 10028834   | <input type="checkbox"/> Microcefalia                                             | 10027534   |
| <input type="checkbox"/> Aerofobia                           | 10080300   | <input type="checkbox"/> Edema nos membros                                  | 10060442   | <input type="checkbox"/> Mielopatia                                               | 10028570   |
| <input type="checkbox"/> Afonia                              | 10002953   | <input type="checkbox"/> Edema peniano                                      | 10066774   | <input type="checkbox"/> Miocardite                                               | 10028606   |
| <input type="checkbox"/> Agitação psicomotora                | 10056436   | <input type="checkbox"/> Edema pulmonar agudo                               | 10001024   | <input type="checkbox"/> Movimentos anormais                                      | 10028039   |
| <input type="checkbox"/> Agressividade                       | 10001494   | <input type="checkbox"/> Enterorragia                                       | 10077615   | <input type="checkbox"/> Movimentos reduzidos                                     | 10028045   |
| <input type="checkbox"/> Anemia                              | 10002034   | <input type="checkbox"/> Epistaxe                                           | 10015090   | <input type="checkbox"/> Náusea                                                   | 10028813   |
| <input type="checkbox"/> Anemia hemolítica                   | 10002045   | <input type="checkbox"/> Equimose                                           | 10014080   | <input type="checkbox"/> Necrose de extremidades                                  | 10059385   |
| <input type="checkbox"/> Anorexia                            | 10002646   | <input type="checkbox"/> Erupção cutânea                                    | 10040841   | <input type="checkbox"/> Necrose isquêmica da pele                                | 10074873   |
| <input type="checkbox"/> Ansiedade                           | 10002855   | <input type="checkbox"/> Escarro sanguinolento                              | 10041804   | <input type="checkbox"/> Oligúria                                                 | 10030302   |
| <input type="checkbox"/> Anúria                              | 10002847   | <input type="checkbox"/> Esplenomegalia                                     | 10041660   | <input type="checkbox"/> Opistótono                                               | 10030898   |
| <input type="checkbox"/> Apnéia                              | 10002972   | <input type="checkbox"/> Estresse                                           | 10042209   | <input type="checkbox"/> Osteocondrite                                            | 10031230   |
| <input type="checkbox"/> Arreflexia                          | 10003084   | <input type="checkbox"/> Estupor                                            | 10042264   | <input type="checkbox"/> Osteonecrose                                             | 10031264   |
| <input type="checkbox"/> Arritmia                            | 10003119   | <input type="checkbox"/> Exantema                                           | 10015585   | <input type="checkbox"/> Palidez                                                  | 10033546   |
| <input type="checkbox"/> Artralgia                           | 10003239   | <input type="checkbox"/> Febre                                              | 10016558   | <input type="checkbox"/> Paralisia                                                | 10033558   |
| <input type="checkbox"/> Artrite                             | 10003246   | <input type="checkbox"/> Febre intermitente                                 | 10058698   | <input type="checkbox"/> Parestesia                                               | 10033775   |
| <input type="checkbox"/> Astenia                             | 10003549   | <input type="checkbox"/> Febre recorrente                                   | 10038300   | <input type="checkbox"/> Perturbação da coordenação respiratória de sugar-engolir | 10086396   |
| <input type="checkbox"/> Ataxia                              | 10003591   | <input type="checkbox"/> Fontanela aumentada                                | 10054068   | <input type="checkbox"/> Peso diminuído                                           | 10047895   |
| <input type="checkbox"/> Aumento do fígado                   | 10024676   | <input type="checkbox"/> Força muscular anormal                             | 10082799   | <input type="checkbox"/> Petéquia                                                 | 10034752   |
| <input type="checkbox"/> Baço aumentado                      | 10041637   | <input type="checkbox"/> Fotossensibilidade                                 | 10034966   | <input type="checkbox"/> Porcentagem de reticulócitos aumentada                   | 10059920   |
| <input type="checkbox"/> Bexiga neurogênica                  | 10029279   | <input type="checkbox"/> Fraqueza                                           | 10047862   | <input type="checkbox"/> Proctite                                                 | 10036774   |
| <input type="checkbox"/> Bilirrubina indireta aumentada      | 10021709   | <input type="checkbox"/> Fraqueza muscular                                  | 10028350   | <input type="checkbox"/> Prostração                                               | 10036985   |
| <input type="checkbox"/> Boca seca                           | 10013781   | <input type="checkbox"/> Fraqueza muscular do pescoço                       | 10078993   | <input type="checkbox"/> Pseudoparalisia                                          | 10056300   |
| <input type="checkbox"/> Bubões                              | 10006519   | <input type="checkbox"/> Frequência cardíaca diminuída                      | 10019301   | <input type="checkbox"/> Pulso irregular                                          | 10022994   |
| <input type="checkbox"/> Calafrios                           | 10008531   | <input type="checkbox"/> Gânglios inchados                                  | 10042720   | <input type="checkbox"/> Pulso rápido                                             | 10037484   |
| <input type="checkbox"/> Cansaço                             | 10043890   | <input type="checkbox"/> Glaucoma congênito                                 | 10010486   | <input type="checkbox"/> Púrpura                                                  | 10037549   |
| <input type="checkbox"/> Catarata                            | 10007739   | <input type="checkbox"/> Hematêmese                                         | 10018830   | <input type="checkbox"/> Priapismo                                                | 10036661   |
| <input type="checkbox"/> Cefaléia                            | 10019211   | <input type="checkbox"/> Hematúria                                          | 10018867   | <input type="checkbox"/> Prurido                                                  | 10037087   |
| <input type="checkbox"/> Celulite                            | 10065339   | <input type="checkbox"/> Hemoglobina baixa                                  | 10018889   | <input type="checkbox"/> Queimação nos olhos                                      | 10006777   |
| <input type="checkbox"/> Choque                              | 10040560   | <input type="checkbox"/> Hemoglobina S aumentada                            | 10018895   | <input type="checkbox"/> Retardo psicomotor                                       | 10037213   |
| <input type="checkbox"/> Choro neonatal anormal              | 10049455   | <input type="checkbox"/> Hemoptise                                          | 10018964   | <input type="checkbox"/> Retinopatia pigmentada adquirida                         | 10054881   |
| <input type="checkbox"/> Cianose                             | 10011703   | <input type="checkbox"/> Hemorragia alveolar pulmonar                       | 10037313   | <input type="checkbox"/> Rigidez abdominal                                        | 10000090   |
| <input type="checkbox"/> Coma                                | 10010071   | <input type="checkbox"/> Hemorragia anal                                    | 10049555   | <input type="checkbox"/> Rigidez da nuca                                          | 10058483   |
| <input type="checkbox"/> Confusão mental                     | 10027350   | <input type="checkbox"/> Hemorragia do sistema nervoso central              | 10072043   | <input type="checkbox"/> Rigidez dos membros                                      | 10024509   |
| <input type="checkbox"/> Congestão conjuntival               | 10010675   | <input type="checkbox"/> Hemorragia gengival                                | 10019544   | <input type="checkbox"/> Rinite infecciosa                                        | 10059827   |
| <input type="checkbox"/> Conjuntivite                        | 10010741   | <input type="checkbox"/> Hemorragia pulmonar                                | 10019582   | <input type="checkbox"/> Rouquidão                                                | 10020201   |
| <input type="checkbox"/> Consciência diminuída               | 10010768   | <input type="checkbox"/> Hepatite por toxoplasma                            | 10019798   | <input type="checkbox"/> Riso sardônico                                           | 10039198   |
| <input type="checkbox"/> Constipação                         | 10010774   | <input type="checkbox"/> Hepatoesplenomegalia                               | 10019847   | <input type="checkbox"/> Saturação de oxigênio diminuída                          | 10033318   |
| <input type="checkbox"/> Contrações musculares involuntárias | 10028293   | <input type="checkbox"/> Hepatomegalia                                      | 10019842   | <input type="checkbox"/> Sequestro esplênico                                      | 10063715   |
| <input type="checkbox"/> Contratura muscular                 | 10062575   | <input type="checkbox"/> Hidrofobia                                         | 10053317   | <input type="checkbox"/> Sinal de kernig                                          | 10056294   |
| <input type="checkbox"/> Convulsão                           | 10010904   | <input type="checkbox"/> Hiperemia                                          | 10020565   | <input type="checkbox"/> Sinal de Romana                                          | 10077073   |
| <input type="checkbox"/> Coriza                              | 10011214   | <input type="checkbox"/> Hipotensão                                         | 10021097   | <input type="checkbox"/> Síndrome da angústia respiratória do adulto              | 10001409   |
| <input type="checkbox"/> Corrimento genital                  | 10016810   | <input type="checkbox"/> Hipotonia                                          | 10021118   | <input type="checkbox"/> Síndrome torácica aguda                                  | 10051895   |
| <input type="checkbox"/> Crise vaso-oclusiva                 | 10072397   | <input type="checkbox"/> Humor alterado                                     | 10001850   | <input type="checkbox"/> Síndrome de úlcera genital                               | 10078121   |
| <input type="checkbox"/> Cultura bacteriana positiva         | 10058588   | <input type="checkbox"/> ICC                                                | 10007836   | <input type="checkbox"/> Sintoma respiratório                                     | 10075535   |
| <input type="checkbox"/> Dermatite                           | 10012431   | <input type="checkbox"/> Icterícia                                          | 10021207   | <input type="checkbox"/> Sintomas neurológicos                                    | 10029291   |
| <input type="checkbox"/> Desidrogenase láctica aumentada     | 10023679   | <input type="checkbox"/> Impetigo                                           | 10021531   | <input type="checkbox"/> Sofrimento emocional                                     | 10049119   |
| <input type="checkbox"/> Diarreia                            | 10012727   | <input type="checkbox"/> Infecção broncopulmonar                            | 10052110   | <input type="checkbox"/> Sonolência                                               | 10013649   |
| <input type="checkbox"/> Diplopia                            | 10013036   | <input type="checkbox"/> Infecção urinária                                  | 10046544   | <input type="checkbox"/> Sudorese                                                 | 10067146   |
| <input type="checkbox"/> Disartria                           | 10013887   | <input type="checkbox"/> Insuficiência cardíaca                             | 10007554   | <input type="checkbox"/> Sufusão hemorrágica                                      | 10070284   |
| <input type="checkbox"/> Disfagia                            | 10013950   | <input type="checkbox"/> Insuficiência renal                                | 10022467   | <input type="checkbox"/> Temperatura alta                                         | 10020083   |
| <input type="checkbox"/> Disfasia                            | 10013951   | <input type="checkbox"/> Insuficiência respiratória                         | 10016162   | <input type="checkbox"/> Temperatura corporal diminuída                           | 10005910   |
| <input type="checkbox"/> Disfonia                            | 10013952   | <input type="checkbox"/> Insuficiência respiratória aguda                   | 10001053   | <input type="checkbox"/> Tontura                                                  | 10018263   |
| <input type="checkbox"/> Dispneia                            | 10013963   | <input type="checkbox"/> Letargia                                           | 10024264   | <input type="checkbox"/> Tosse                                                    | 10011224   |
| <input type="checkbox"/> Distonia                            | 10013983   | <input type="checkbox"/> Lesão anal                                         | 10054852   | <input type="checkbox"/> Tosse paroxística                                        | 10066222   |
| <input type="checkbox"/> Distúrbio hemorrágico               | 10019009   | <input type="checkbox"/> Lesão cutânea                                      | 10040882   | <input type="checkbox"/> Tosse seca                                               | 10013773   |
| <input type="checkbox"/> Dor                                 | 10000424   | <input type="checkbox"/> Lesão da pele                                      | 10061364   | <input type="checkbox"/> Trismo                                                   | 10024793   |
| <input type="checkbox"/> Dor abdominal                       | 10000081   | <input type="checkbox"/> Lesão genital                                      | 10063630   | <input type="checkbox"/> Ulceração venosa                                         | 10047260   |
| <input type="checkbox"/> Dor corporal geral                  | 10048971   | <input type="checkbox"/> Lesão oral                                         | 10059037   | <input type="checkbox"/> Uretrite                                                 | 10046480   |
| <input type="checkbox"/> Dor de garganta                     | 10041367   | <input type="checkbox"/> Leucopenia                                         | 10024283   | <input type="checkbox"/> Uveíte                                                   | 10046851   |
| <input type="checkbox"/> Dor generalizada                    | 10018074   | <input type="checkbox"/> Linfadenopatia                                     | 10025197   | <input type="checkbox"/> Vertigem                                                 | 10047340   |
| <input type="checkbox"/> Dor lombar                          | 10024798   | <input type="checkbox"/> Linfadenopatia axilar                              | 10049109   | <input type="checkbox"/> Verrugas anogenitais                                     | 10059313   |
| <input type="checkbox"/> Dor muscular                        | 10028287   | <input type="checkbox"/> Linfadenopatia generalizada                        | 10069548   | <input type="checkbox"/> Visão turva                                              | 10005886   |
| <input type="checkbox"/> Dor na panturrilha                  | 10007031   | <input type="checkbox"/> Linfadenopatia inguinal                            | 10025203   | <input type="checkbox"/> Vômito                                                   | 10047700   |
| <input type="checkbox"/> Dor nas costas                      | 10003978   | <input type="checkbox"/> Linfadenopatia cervical                            | 10025200   | <input type="checkbox"/> Zumbido nos ouvidos                                      | 10013996   |
| <input type="checkbox"/> Dor nas costas aguda                | 10000683   | <input type="checkbox"/> Manchas vermelhas elevadas generalizadas no tronco | 10018094   | <input type="checkbox"/> Outro, especifique:                                      | 00000002   |
| <input type="checkbox"/> Dor no peito                        | 10000425   | <input type="checkbox"/> Melena                                             | 10027141   |                                                                                   |            |
| <input type="checkbox"/> Dor ocular                          | 10015958   |                                                                             |            |                                                                                   |            |

|                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                |                                                                                                         |                                                                                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Dados clínicos<br>iniciais                                                                                                                                                                                | 43 Data de início dos sintomas ____   ____   ____                                                                                                              |                                                                                                         |                                                                                                                                                     |
|                                                                                                                                                                                                           | 44 Doenças/agravos relacionados ao trabalho<br><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 9. Ignorado            |                                                                                                         | 45 Doenças/agravos relacionados ao desastre<br><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 9. Ignorado |
| Conclusão do caso                                                                                                                                                                                         | 46 Data da investigação<br>____   ____   ____                                                                                                                  | 47 Classificação final<br><input type="checkbox"/> 1. Confirmado <input type="checkbox"/> 2. Descartado |                                                                                                                                                     |
|                                                                                                                                                                                                           | 48 Critério de confirmação/descarte<br><input type="checkbox"/> 1. Laboratorial <input type="checkbox"/> 2. Clínico-epidemiológico                             |                                                                                                         |                                                                                                                                                     |
|                                                                                                                                                                                                           | 49 O caso é autóctone do município de residência?<br><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 3. Indeterminado |                                                                                                         | 50 País do local provável de infecção                                                                                                               |
|                                                                                                                                                                                                           | 51 UF do local provável de infecção<br>____   ____                                                                                                             | 52 Município do local provável de infecção                                                              | Código IBGE<br>____   ____   ____   ____   ____   ____                                                                                              |
|                                                                                                                                                                                                           | 53 Bairro do local provável de infecção                                                                                                                        |                                                                                                         |                                                                                                                                                     |
| 54 Evolução do caso<br><input type="checkbox"/> 1. Cura <input type="checkbox"/> 2. Óbito pelo agravo notificado <input type="checkbox"/> 3. Óbito por outras causas <input type="checkbox"/> 9. Ignorado |                                                                                                                                                                |                                                                                                         |                                                                                                                                                     |
| 55 Data do óbito<br>____   ____   ____                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                | 56 Data de conclusão<br>____   ____   ____                                                              |                                                                                                                                                     |

| Informações complementares e observações | Informações complementares e observações                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |
|------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
|                                          | <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> |  |  |