



DADOS GERAIS	1) TIPO DE NOTIFICAÇÃO 2 - INDIVIDUAL			2) DATA DA NOTIFICAÇÃO																											
	3) MUNICÍPIO DE NOTIFICAÇÃO				CÓDIGO (IBGE)																										
	4) UNIDADE DE SAÚDE (OU OUTRA FONTE NOTIFICADORA)				CÓDIGO																										
	5) AGRAVO PESTE			CÓDIGO (CID 10) A 209	6) DATA DOS PRIMEIROS SINTOMAS																										
DADOS DO CASO	7) NOME DO PACIENTE				8) DATA DE NASCIMENTO																										
	9) (OU) IDADE D - DIAS <input type="checkbox"/> M - MESES <input type="checkbox"/> A - ANOS <input type="checkbox"/>		10) SEXO M - MASCULINO <input type="checkbox"/> F - FEMININO <input type="checkbox"/> I - IGNORADO <input type="checkbox"/>		11) RAÇA / COR 1 - BRANCA 2 - PRETA 3 - AMARELA <input type="checkbox"/> 4 - PARDA 5 - INDÍGENA 9 - IGNORADO																										
	12) ESCOLARIDADE (EM ANOS DE ESTUDO CONCLUÍDOS) 1 - NENHUMA 2 - DE 1 A 3 3 - DE 4 A 7 4 - DE 8 A 11 <input type="checkbox"/> 5 - DE 12 E MAIS 6 - NÃO SE APLICA 9 - IGNORADO			13) NÚMERO DO CARTÃO SUS																											
	14) NOME DA MÃE			15) LOGRADOURO (RUA, AVENIDA,...)																											
DADOS DE RESIDÊNCIA	16) NÚMERO				CÓDIGO																										
	17) COMPLEMENTO (APTO, CASA,...)			18) PONTO DE REFERÊNCIA		19) UF																									
	20) MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA			CÓDIGO (IBGE)	DISTRITO																										
	21) BAIRRO			CÓDIGO (IBGE)	22) CEP																										
	23) (DDD) TELEFONE		24) ZONA 1 - URBANA 2 - RURAL <input type="checkbox"/> 3 - URBANA/RURAL 4 - IGNORADO		25) PAÍS (SE RESIDENTE FORA DO BRASIL)																										
					CÓDIGO																										
DADOS COMPLEMENTARES DO CASO																															
26) DATA DE INVESTIGAÇÃO			27) OCUPAÇÃO / RAMO DE ATIVIDADE ECONÔMICA																												
28) OUTROS CASOS HUMANOS ASSOCIADOS 1 - SIM <input type="checkbox"/> NA FAMÍLIA 2 - NÃO <input type="checkbox"/> NA VIZINHANÇA 3 - IGNORADO <input type="checkbox"/>			29) EPIZOOTIA PRÉVIA DE ROEDORES 1 - SIM <input type="checkbox"/> DE ROEDORES DOMÉSTICOS <input type="checkbox"/> INDÍCIOS / RUMORES 2 - NÃO <input type="checkbox"/> DE ROEDORES SILVESTRES / CAMPESTRES <input type="checkbox"/> EPIZOOTIA FRANCA VERIFICADA 3 - IGNORADO <input type="checkbox"/>																												
30) CONDIÇÃO HIGIÊNICA DA HABITAÇÃO 1 - BOA 2 - REGULAR 3 - RUIM <input type="checkbox"/>			31) INFESTAÇÃO MURINA NA CASA 1 - NÃO INFESTADA 2 - INCURSÕES ESPORÁDICAS <input type="checkbox"/> 3 - INCURSÕES FREQUENTES 4 - COLÔNIA ESTABELECIDA 9 - IGNORADO <input type="checkbox"/>																												
32) OCORRÊNCIAS ANTERIORES DE PESTE NA ÁREA 1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO <input type="checkbox"/> CASOS HUMANOS <input type="checkbox"/> PESTE ANIMAL <input type="checkbox"/>				33) REGIÃO PESTÍGENA TRADICIONAL 1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO <input type="checkbox"/>																											
34) PRESENÇA DE SINAIS / SINTOMAS GERAIS 1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO <input type="checkbox"/> FEBRE <input type="checkbox"/> FRAQUEZA / PROSTRACÃO <input type="checkbox"/> VÔMITOS <input type="checkbox"/> CALAFRIOS <input type="checkbox"/> ANOREXIA <input type="checkbox"/> TAQUICARDIA <input type="checkbox"/> DOR DE CABEÇA <input type="checkbox"/> NÁUSEAS <input type="checkbox"/> HIPOTENSÃO <input type="checkbox"/> DORES NO CORPO / MIALGIA <input type="checkbox"/> CONGESTÃO DE CONJUNTIVAS <input type="checkbox"/> PULSO RÁPIDO E / OU IRREGULAR				35) PRESENÇA DE SINAIS / SINTOMAS GANGLIONARES 1 - SIM 2 - NÃO 3 - IGNORADO LOCALIZAÇÃO NÚMERO INGUINAL <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> AXILAR <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> CERVICAL <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> OUTRAS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> PRESENÇA DE BUBÕES																											
36) PRESENÇA DE SINAIS E SINTOMAS RESPIRATÓRIOS 1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO <input type="checkbox"/> DISPNEIA <input type="checkbox"/> TOSSE <input type="checkbox"/> ESCARRO MUCO-SANGUINOLENTO <input type="checkbox"/> DOR NO PEITO <input type="checkbox"/> RESPIRAÇÃO CURTA E RÁPIDA																															
37) PRESENÇA DE SINAIS E SINTOMAS NEUROLÓGICOS 1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO <input type="checkbox"/> EXCITABILIDADE <input type="checkbox"/> TORPOR <input type="checkbox"/> CONFUSÃO <input type="checkbox"/> COMA																															
38) DESLOCAMENTO (DATAS E LOCAIS FREQUENTADAS NO PERÍODO DE 10 DIAS ANTERIORES AO INÍCIO DOS SINAIS E SINTOMAS)																															
<table border="1"> <thead> <tr> <th>DATA</th> <th>MUNICÍPIO</th> <th>UF</th> <th>PAÍS</th> <th>MEIO DE TRANSPORTE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>							DATA	MUNICÍPIO	UF	PAÍS	MEIO DE TRANSPORTE																				
DATA	MUNICÍPIO	UF	PAÍS	MEIO DE TRANSPORTE																											

DADOS LABORATÓRIO	SORO (FASE AGUDA)		
	39) DATA DA COLETA	40) DATA DO RECEBIMENTO DO RESULTADO	41) RESULTADO 1 - POSITIVO 2 - NEGATIVO 3 - NÃO REALIZADO 9 - IGNORADO <input type="checkbox"/> HEMAGLUTINAÇÃO PASSIVA <input type="checkbox"/> IMUNOFLUORESCÊNCIA <input type="checkbox"/> ELISA
	SORO (CONVALESCENÇA)		
	42) DATA DA COLETA	43) DATA DO RECEBIMENTO DO RESULTADO	44) RESULTADO 1 - POSITIVO 2 - NEGATIVO 3 - NÃO REALIZADO 9 - IGNORADO <input type="checkbox"/> HEMAGLUTINAÇÃO PASSIVA <input type="checkbox"/> IMUNOFLUORESCÊNCIA <input type="checkbox"/> ELISA
	SUCO BUBONÁTICO		
	45) DATA DA COLETA	46) DATA DO RECEBIMENTO DO RESULTADO	47) RESULTADO 1 - POSITIVO 2 - NEGATIVO 3 - NÃO REALIZADO 9 - IGNORADO <input type="checkbox"/> BACTERIOSCOPIA <input type="checkbox"/> INOCULAÇÃO <input type="checkbox"/> BIOQUÍMICA <input type="checkbox"/> CULTURA <input type="checkbox"/> BACTERÍOFAGO
	SANGUE TOTAL		
	48) DATA DA COLETA	49) DATA DO RECEBIMENTO DO RESULTADO	50) RESULTADO 1 - POSITIVO 2 - NEGATIVO 3 - NÃO REALIZADO 9 - IGNORADO <input type="checkbox"/> BACTERIOSCOPIA <input type="checkbox"/> INOCULAÇÃO <input type="checkbox"/> BIOQUÍMICA <input type="checkbox"/> CULTURA <input type="checkbox"/> BACTERÍOFAGO
	VÍSCERAS		
	51) DATA DA COLETA	52) DATA DO RECEBIMENTO DO RESULTADO	53) RESULTADO 1 - POSITIVO 2 - NEGATIVO 3 - NÃO REALIZADO 9 - IGNORADO <input type="checkbox"/> BACTERIOSCOPIA <input type="checkbox"/> INOCULAÇÃO <input type="checkbox"/> BIOQUÍMICA <input type="checkbox"/> CULTURA <input type="checkbox"/> BACTERÍOFAGO
	MEDULA ÓSSEA		
54) DATA DA COLETA	55) DATA DO RECEBIMENTO DO RESULTADO	56) RESULTADO 1 - POSITIVO 2 - NEGATIVO 3 - NÃO REALIZADO 9 - IGNORADO <input type="checkbox"/> BACTERIOSCOPIA <input type="checkbox"/> INOCULAÇÃO <input type="checkbox"/> BIOQUÍMICA <input type="checkbox"/> CULTURA <input type="checkbox"/> BACTERÍOFAGO	
ESCARRO			
57) DATA DA COLETA	58) DATA DO RECEBIMENTO DO RESULTADO	59) RESULTADO 1 - POSITIVO 2 - NEGATIVO 3 - NÃO REALIZADO 9 - IGNORADO <input type="checkbox"/> BACTERIOSCOPIA <input type="checkbox"/> INOCULAÇÃO <input type="checkbox"/> BIOQUÍMICA <input type="checkbox"/> CULTURA <input type="checkbox"/> BACTERÍOFAGO	
TRATAMENTO	60) OCORREU TRATAMENTO? 1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO <input type="checkbox"/>	61) MEDICAMENTOS UTILIZADOS 1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO <input type="checkbox"/> TETRACICLINAS <input type="checkbox"/> ESTREPTOMICINA <input type="checkbox"/> SULFA <input type="checkbox"/> OUTRO ANTIB. OU QUIMIOT.	
	62) MEDIDAS DE CONTROLE 1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO <input type="checkbox"/>	63) COMUNICANTES TRATADOS PROFILATICAMENTE 1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO <input type="checkbox"/>	
		64) Nº DE COMUNICANTES TRATADOS 	
CONCLUSÃO	65) CLASSIFICAÇÃO FINAL 1 - CONFIRMADO 2 - DESCARTADO <input type="checkbox"/>	66) CRITÉRIO DE CONFIRMAÇÃO / DESCARTE 1 - LABORATORIAL 2 - CLÍNICO 3 - INDETERMINADO <input type="checkbox"/>	
	67) CLASSIFICAÇÃO DA FORMA CLÍNICA 1 - FORMA BUBÔNICA 2 - FORMA PNEUMÔNICA 3 - FORMA SEPTICÊMICA <input type="checkbox"/>	68) GRAVIDADE 1 - BENIGNO / AMBULATORIAL 2 - MODERADO 3 - GRAVE <input type="checkbox"/>	
	LOCAL PROVÁVEL DA FONTE DE INFECÇÃO (NO PERÍODO DE 10 DIAS)		
	69) UF 70) PAÍS	71) MUNICÍPIO	
72) BAIRRO	73) DISTRITO		
74) DOENÇA RELACIONADA AO TRABALHO 1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO <input type="checkbox"/>	75) EVOLUÇÃO DO CASO 1 - CURA 2 - ÓBITO 9 - IGNORADO <input type="checkbox"/>		
76) SE ÓBITO, LOCAL	77) DATA DO ÓBITO	78) DATA DO ENCERRAMENTO	
OBSERVAÇÕES			
INVESTIGADOR	79) MUNICÍPIO / UNIDADE DE SAÚDE	80) CÓDIGO DA UNIDADE DE SAÚDE 	
	81) NOME	82) FUNÇÃO	
	83) ASSINATURA		