



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	
DADOS DO CASO	5) AGRAVO FEBRE TIFÓIDE				CÓDIGO (CID 10) A 0 10		6) DATA DOS PRIMEIROS SINTOMAS	
	7) NOME DO PACIENTE						8) DATA DE NASCIMENTO	
	9) (OU) IDADE D - DIAS M - MESES A - ANOS		10) SEXO M - MASCULINO F - FEMININO 1 - IGNORADO		11) RAÇA / COR 1 - BRANCA 4 - PARDA 2 - PRETA 5 - INDÍGENA 3 - AMARELA 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 5 - DE 12 E MAIS 6 - NÃO SE APLICA 9 - IGNORADO	
	13) NÚMERO DO CARTÃO SUS				14) NOME DA MÃE			
	15) LOGRADOURO (RUA, AVENIDA,...)						CÓDIGO	
DADOS DE RESIDÊNCIA	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 3 - URBANA/RURAL 9 - IGNORADO		25) PAÍS (SE RESIDENTE FORA DO BRASIL)			CÓDIGO
	DADOS COMPLEMENTARES DO CASO							
	26) DATA DA INVESTIGAÇÃO		27) OCUPAÇÃO / RAMO DE ATIVIDADE ECONÔMICA					
28) CONTATO COMPATÍVEL COM CASO DE FEBRE TIFÓIDE (ATÉ 45 DIAS ANTES DO INÍCIO DOS SINAIS E SINTOMAS) 1 - DOMICÍLIO 2 - VIZINHANÇA 3 - TRABALHO 4 - CRECHE/ESCOLA 5 - POSTO DE SAÚDE / HOSPITAL 6 - OUTROS ESTADOS/MUNICÍPIOS 7 - OUTROS: _____ 8 - SEM HISTÓRIA DE CONTATO 9 - IGNORADO								
29) NOME DO CONTATO						30) (DDD) TELEFONE		
31) ENDEREÇO DE CONTATO (RUA, AV., BAIRRO, LOCALIDADE, ETC)								
32) DESLOCAMENTO (DATAS E LOCAIS FREQUENTADOS NO PERÍODO DE 45 DIAS ANTERIORES AO INÍCIO DE SINAIS E SINTOMAS)								
DATA		MUNICÍPIO		UF		PAÍS		MEIO DE TRANSPORTE
33) ALIMENTOS CONSUMIDOS NAS 3 ÚLTIMAS SEMANAS E SUGESTIVOS DE CONTAMINAÇÃO								
TIPO DE ALIMENTO						LOCAL DE CONSUMO		
34) SUGESTÃO DE VÍNCULO COM 1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO <input type="checkbox"/> ALIMENTO <input type="checkbox"/> DESLOCAMENTO <input type="checkbox"/> EVENTOS POPULARES <input type="checkbox"/> OUTROS								
35) ABASTECIMENTO DE ÁGUA - PROCEDÊNCIA DA ÁGUA (PRINCIPALMENTE PARA BEBER)						36) DESINFECÇÃO NO DOMICÍLIO		
CONDICÕES DE SANEAMENTO 1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO						1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO		
<input type="checkbox"/> SISTEMA PÚBLICO		<input type="checkbox"/> NASCENTE/FONTE		<input type="checkbox"/> CAMINHÃO -PIPA		<input type="checkbox"/> CLORAÇÃO <input type="checkbox"/> SEM DESINFECÇÃO		
<input type="checkbox"/> POÇOS ARTESIANOS		<input type="checkbox"/> RIO/IGARAPÉ		<input type="checkbox"/> CHAFARIZ		<input type="checkbox"/> FERVURA <input type="checkbox"/> OUTROS _____		
<input type="checkbox"/> POÇO RASO/CACIMBA		<input type="checkbox"/> AÇUDE/BARREIRO		<input type="checkbox"/> OUTROS _____				

ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS	37) DESTINO DOS DEJETOS - DOMICÍLIOS COM SANITÁRIOS 1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO <input type="checkbox"/> REDE PÚBLICA DE ESGOTO <input type="checkbox"/> FOSSA <input type="checkbox"/> DIRETO P/ RIO/ CANAL <input type="checkbox"/> GALERIA DE ÁGUAS PLUVIAIS <input type="checkbox"/> OUTROS _____			38) DOMICÍLIO SEM SANITÁRIO 1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO <input type="checkbox"/> DIRETO NO SOLO <input type="checkbox"/> DIRETO NO CANAL <input type="checkbox"/> DIRETO NO RIO <input type="checkbox"/> OUTROS _____		
	39) RESÍDUOS SÓLIDOS - DESTINO DO LIXO 1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO <input type="checkbox"/> COLETA PÚBLICA <input type="checkbox"/> LANÇADO NO MEIO AMBIENTE <input type="checkbox"/> QUEIMADO <input type="checkbox"/> ENTERRADO <input type="checkbox"/> OUTROS _____					
DADOS CLÍNICOS	40) SINAIS E SINTOMAS 1 - SIM <input type="checkbox"/> FEBRE <input type="checkbox"/> NÁUSEAS <input type="checkbox"/> VÔMITOS <input type="checkbox"/> DIARRÉIA <input type="checkbox"/> DISSOCIAÇÃO PULSO TEMPERATURA <input type="checkbox"/> RÓSEOLA TÍFICA 2 - NÃO <input type="checkbox"/> ASTENIA <input type="checkbox"/> CEFALÉIA <input type="checkbox"/> DOR ABDOMINAL <input type="checkbox"/> ESPLENOMEGALIA <input type="checkbox"/> CONSTIPAÇÃO <input type="checkbox"/> TOSSE 9 - IGNORADO					
	41) COMPLICAÇÕES 1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO <input type="checkbox"/> ENTERORRAGIA <input type="checkbox"/> PERFURAÇÕES INTESTINAIS <input type="checkbox"/> OUTRAS _____					
ATENDIMENTO	42) TIPO DE ATENDIMENTO 1 - HOSPITALAR 2 - AMBULATORIAL <input type="checkbox"/> 3 - DOMICILIAR 4 - NENHUM 9 - IGNORADO		43) DATA DO ATENDIMENTO		44) DATA DA INTERNAÇÃO	45) UF
	46) MUNICÍPIO DO HOSPITAL			47) NOME DO HOSPITAL		
	48) ENDEREÇO DO HOSPITAL				49) (DDD) TELEFONE	
	50) MATERIAL COLETADO 1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> FEZES <input type="checkbox"/> MIELOCULTURA		51) USO DE ANTIBIÓTICO ANTES DA COLETA DO MATERIAL 1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO <input type="checkbox"/>		52) CASO AFIRMATIVO, QUAL?	
DADOS DO LABORATÓRIO	HEMOCULTURA					
	53) DATA DA 1ª COLETA		RESULTADO	54) DATA DA 2ª COLETA		RESULTADO
	55) DATA DA 3ª COLETA		RESULTADO			
	RESULTADO: 1 - SALMONELLA TYPHI 2 - SALMONELLA SPP 3 - NEGATIVO 4 OUTRO AGENTE (ESPECIFICAR) _____					
	COPROCULTURA					
	56) DATA DA 1ª COLETA		RESULTADO	57) DATA DA 2ª COLETA		RESULTADO
58) DATA DA 3ª COLETA		RESULTADO				
RESULTADO: 1 - SALMONELLA TYPHI 2 - SALMONELLA SPP 3 - NEGATIVO 4 OUTRO AGENTE (ESPECIFICAR) _____						
MIELOCULTURA						
59) DATA DA 1ª COLETA		RESULTADO				
RESULTADO: 1 - SALMONELLA TYPHI 2 - SALMONELLA SPP 3 - NEGATIVO 4 OUTRO AGENTE (ESPECIFICAR) _____						
OUTRO EXAME						
60) DATA DA 1ª COLETA		RESULTADO	61) DATA DA 2ª COLETA		RESULTADO	
62) DATA DA 3ª COLETA		RESULTADO				
RESULTADO: 1 - SALMONELLA TYPHI 2 - SALMONELLA SPP 3 - NEGATIVO 4 OUTRO AGENTE (ESPECIFICAR) _____						
TRATAMENTO	63) UTILIZOU ANTIBIÓTICO 1 - SIM <input type="checkbox"/> CLORANFENICOL <input type="checkbox"/> AMPICILINA <input type="checkbox"/> OUTRO _____ 2 - NÃO <input type="checkbox"/> SULFAMETOXAZOL+TRIMETOPRIMA <input type="checkbox"/> QUINOLONA TEMPO DE USO <input type="checkbox"/> DIAS 9 - IGNORADO					
	64) CLASSIFICAÇÃO FINAL 1 - CONFIRMADO 2 - DESCARTADO <input type="checkbox"/>		65) CRITÉRIO DE CONFIRMAÇÃO/DESCARTE 1 - LABORATORIAL 2 - CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO 3 - CLÍNICO <input type="checkbox"/>			
CONCLUSÃO	LOCAL PROVÁVEL DA FONTE DE INFECÇÃO (NO PERÍODO DE 45 DIAS)					
	66) UF	67) PAÍS			68) MUNICÍPIO	
	69) BAIRRO		70) DISTRITO		71) DOENÇA RELACIONADA AO TRABALHO 1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO <input type="checkbox"/>	
	72) EVOLUÇÃO DO CASO 1 - CURA 2 - ÓBITO 9 - IGNORADO <input type="checkbox"/>			73) DATA DO ÓBITO		74) DATA DO ENCERRAMENTO
OBSERVAÇÕES						
INVESTIGADOR	75) MUNICÍPIO / UNIDADE DE SAÚDE				76) CÓDIGO DA UNID. DE SAÚDE	
	77) NOME			78) FUNÇÃO		
	79) ASSINATURA					