



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 AMARELA				CÓDIGO (CID 10) A 959		6) DATA DOS PRIMEIROS SINTOMAS																
	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																		
DADOS DE RESIDÊNCIA	15) LOGRADOURO (RUA, AVENIDA,...)				CÓDIGO		16) NÚMERO																
	17) COMPLEMENTO (APTO, CASA,...)				18) PONTO DE REFERÊNCIA		19) UF																
	20) MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA				CÓDIGO (IBGE)																		
	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																							
Ocupação	26) DATA DE INVESTIGAÇÃO				27) RAMO DE ATIVIDADE ECONÔMICA																		
	28) DESLOCAMENTO (DATAS E LOCAIS FREQUENTADOS NO PERÍODO DE 10 DIAS ANTERIORES AO INÍCIO DE SINAIS E SINTOMAS)																						
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 20%;">DATA</th> <th style="width: 40%;">MUNICÍPIO</th> <th style="width: 10%;">UF</th> <th style="width: 30%;">PAÍS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>								DATA	MUNICÍPIO	UF	PAÍS												
DATA	MUNICÍPIO	UF	PAÍS																				
ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS	29) DADOS ENTOMOLÓGICOS E EPIZOOTIAS 1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO <input type="checkbox"/> PRESENÇA DE VETOR SILVESTRE <input type="checkbox"/> PRESENÇA DE VETOR Aedes Aegypti <input type="checkbox"/> OCORRÊNCIA DE EPIZOOTIAS (MORTANDADE DE MACACOS)																						
	30) VACINADO CONTRA FEBRE AMARELA 1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO <input type="checkbox"/>				31) CASO AFIRMATIVO, DATA		32) UF																
	33) MUNICÍPIO				34) UNIDADE DE SAÚDE																		
	35) SINAIS E SINTOMAS 1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO <input type="checkbox"/> FEBRE <input type="checkbox"/> VÔMITOS <input type="checkbox"/> ICTERÍCIA <input type="checkbox"/> HEMATÚRIA <input type="checkbox"/> OLIGÚRIA <input type="checkbox"/> BRADICARDIA <input type="checkbox"/> CHOQUE <input type="checkbox"/> CEFALÉIA <input type="checkbox"/> CALAFRIOS <input type="checkbox"/> MELENA <input type="checkbox"/> HEMATÊMESE <input type="checkbox"/> ANÚRIA <input type="checkbox"/> COMA <input type="checkbox"/> SINAL DE FAGET																						
DADOS CLÍNICOS	36) ORIGEM DO CASO 1 - DEMANDA ESPONTÂNEA 2 - BUSCA ATIVA 3 - RESULTADO DE INQUÉRITO 4 - OUTROS _____ <input type="checkbox"/>																						
	37) ASSISTÊNCIA MÉDICA <input type="checkbox"/>		1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO																				
	38) OCORREU HOSPITALIZAÇÃO? <input type="checkbox"/>		39) DATA DA INTERNAÇÃO		40) UF		41) MUNICÍPIO DO HOSPITAL																
	1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO																						
ATENDIMENTO	42) NOME DO HOSPITAL																						
	43) ENDEREÇO DO HOSPITAL				44) (DDD) TELEFONE																		

