



CASO CONFIRMADO: TODO INDIVÍDUO RESIDENTE OU PROCEDENTE ÁREA ENDÊMICA PARA ESQUISTOSSOMOSE, COM QUADRO CLÍNICO SUGESTIVO DAS FORMAS AGUDA OU CRÔNICAS DE ESQUISTOSSOMOSE, HISTÓRIA DE CONTATO COM ÁGUAS ONDE EXISTE O CARAMUJO ELIMINANDO CERCÁRIAS, E QUE APRESENTE OVOS VIÁVEIS DE SCHISTOSOMA MANSONI NAS FEZES

DADOS GERAIS	1) TIPO DE NOTIFICAÇÃO 2 - INDIVIDUAL		2) AGRAVO / DOENÇA ESQUISTOSSOMOSE		CÓDIGO (CID 10) B 65.9	3) DATA DA NOTIFICAÇÃO		
	4) UF	5) MUNICÍPIO DE NOTIFICAÇÃO				CÓDIGO (IBGE)		
	6) UNIDADE DE SAÚDE (OU OUTRA FONTE NOTIFICADORA)				CÓDIGO	7) DATA DOS PRIMEIROS SINTOMAS		
	8) NOME DO PACIENTE							9) DATA DE NASCIMENTO
NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL	10) (OU) IDADE 1 - HORA 2 - DIA 3 - MÊS 4 - ANO		11) SEXO M - MASCULINO F - FEMININO I - IGNORADO	12) GESTANTE 1 - 1º TRIMESTRE 2 - 2º TRIMESTRE 3 - 3º TRIMESTRE 9 - IGNORADO 4 - IDADE GESTACIONAL IGNORADA 5 - NÃO 6 - NÃO SE APLICA		13) RAÇA / COR 1 - BRANCA 4 - PARDA 2 - PRETA 5 - INDÍGENA 3 - AMARELA 9 - IGNORADO		
	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 À 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							
	15) NÚMERO DO CARTÃO SUS				16) NOME DA MÃE			
	17) UF		18) MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		CÓDIGO (IBGE)		19) DISTRITO	
DADOS DE RESIDÊNCIA	21) LOGRADOURO (RUA, AVENIDA,...)					CÓDIGO		
	22) NÚMERO	23) COMPLEMENTO (APTO, CASA,...)		20) BAIRRO		24) GEO CAMPO 1		
	25) GEO CAMPO 2			26) PONTO DE REFERÊNCIA		27) CEP		
	28) (DDD) TELEFONE			29) ZONA 1 - URBANA 2 - RURAL 3 - PERIURBANA 9 - IGNORADO	30) PAÍS (SE RESIDENTE FORA DO BRASIL)			
	DADOS COMPLEMENTARES DO CASO							
ANT. EPID.	31) DATA DA INVESTIGAÇÃO		32) OCUPAÇÃO					
	33) DATA DA COPROSCOPIA		34) ANÁLISE QUANTITATIVA 0 - 0 (ZERO) 1 - 1 (UM) OU MAIS OVOS			35) ANÁLISE QUALITATIVA 1 - POSITIVO 2 - NEGATIVO 3 - NÃO REALIZADO		
DADOS DO LABORATÓRIO	36) OUTROS		37) OUTROS EXAMES (ESPECIFICAR)					
	1 - POSITIVO 2 - NEGATIVO 3 - NÃO REALIZADO							
TRATAMENTO	38) FEZ TRATAMENTO? 1 - SIM - PRAZIQUANTEL 3 - NÃO 2 - SIM - OXAMINQUINE 9 - IGNORADO		39) DATA DO TRATAMENTO		40) CASO NÃO TENHA FEITO TRATAMENTO, QUAL MOTIVO? 1 - CONTRA INDICAÇÃO 3 - AUSENTE 2 - RECUSA 9 - IGNORADO			
	41) RESULTADO DE ANÁLISE DE VERIFICAÇÃO DE CURA 0 - 0 (ZERO) 1 - 1 (UM) OU MAIS OVOS 2 - NÃO REALIZADO					42) DATA DO RESULTADO DA 3ª AMOSTRA		
	43) ESPECIFICAR FORMA CLÍNICA 1 - INTESINAL 2 - HEPATO INTESINAL 3 - HEPATO ESPLENICA 4 - AGUDA 5 - OUTRA (ESPECIFICAR)							
CONCLUSÃO	LOCAL PROVÁVEL DE INFECÇÃO							
	44) O CASO É AUTÓCTONE DO MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA? 1 - SIM 2 - NÃO 3 - INDETERMINADO				45) UF	46) PAÍS		
	47) MUNICÍPIO		CÓDIGO (IBGE)		48) DISTRITO		49) BAIRRO	
	50) NOME DA PROPRIEDADE (SE ÁREA RURAL)			51) NOME DA COLEÇÃO HÍDRICA		52) DOENÇA RELACIONADA AO TRABALHO 1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO		
	53) EVOLUÇÃO DO CASO 1 - CURA 2 - NÃO CURA 3 - ÓBITO POR ESQUISTOSSOMOSE 4 - ÓBITO POR OUTRAS CAUSAS 9 - IGNORADO				54) DATA DO ÓBITO		55) DATA DO ENCERRAMENTO	
INVESTIGADOR	MUNICÍPIO / UNIDADE DE SAÚDE					CÓD. DA UNID. DE SAÚDE		
	NOME			FUNÇÃO		ASSINATURA		