



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 OS OVOS VISÍVEIS DE *SCHISTOSOMA MANSONI* NAS FEZES OU EM TECIDO SUBMETIDO A BIÓPSIA.

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	

NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL	8 - NOME DO PACIENTE					9 - DATA DE NASCIMENTO		
	10 - (OU) IDADE <input type="checkbox"/>	11 - SEXO <input type="checkbox"/>	12 - GESTANTE <input type="checkbox"/>		13 - RAÇA / COR <input type="checkbox"/>			
	1 - HORA 2 - DIA	3 - MÊS 4 - ANO	M - MASCULINO F - FEMININO I - IGNORADO	1 - 1º TRIMESTRE 2 - 2º TRIMESTRE 3 - 3º TRIMESTRE 4 - IDADE GESTACIONAL IGNORADA	5 - NÃO 6 - NÃO SE APLICA 9 - IGNORADO	1 - BRANCA 4 - PARDA	2 - PRETA 5 - INDÍGENA	3 - AMARELA 9 - IGNORADO
	14 - ESCOLARIDADE <input type="checkbox"/>							

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 A 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

DADOS DE RESIDÊNCIA	17 - UF	18 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	CÓDIGO (IBGE)	19 - DISTRITO	
	20 - BAIRRO		21 - LOGRADOURO		
	CÓDIGO		22 - NÚMERO	23 - COMPLEMENTO (APTO, CASA)	
	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 <input type="checkbox"/>	30 - PAÍS (SE RESIDENTE FORA DO BRASIL)		

DADOS COMPLEMENTARES DO CASO

ANT. EPID	31 - DATA DA INVESTIGAÇÃO	32 - OCUPAÇÃO
------------------	---------------------------	---------------

DADOS DO LABORATÓRIO	33 - DATA DA COPROSCOPIA	34 - ANÁLISE QUANTITATIVA 0 - 0 (ZERO) 1 - 1 (UM) OU MAIS OVOS <input type="checkbox"/>	35 - ANÁLISE QUALITATIVA 1 - POSITIVO 2 - NEGATIVO 3 - NÃO REALIZADO <input type="checkbox"/>
	36 - OUTROS 1 - POSITIVO 2 - NEGATIVO 3 - NÃO REALIZADO <input type="checkbox"/>	37 - OUTROS EXAMES (ESPECIFICAR)	

TRATAMENTO	38 - FEZ TRATAMENTO? 1 - SIM - PRAZIQUANTEL 3 - NÃO <input type="checkbox"/> 2 - SIM - OXAMINIQUINE 9 - IGNORADO	39 - DATA DO TRATAMENTO	40 - CASO NÃO TENHA FEITO TRATAMENTO, QUAL MOTIVO? 1 - CONTRA INDICAÇÃO 3 - AUSENTE <input type="checkbox"/> 2 - RECUSA 9 - IGNORADO
	41 - RESULTADO DE ANÁLISE DE VERIFICAÇÃO DE CURA 0 - 0 (ZERO) 1 - 1 (UM) OU MAIS OVOS 2 - NÃO REALIZADO <input type="checkbox"/> 1ª AMOSTRA <input type="checkbox"/> 2ª AMOSTRA <input type="checkbox"/> 3ª AMOSTRA		42 - DATA DO RESULTADO DA 3ª AMOSTRA

CONCLUSÃO	43 - ESPECIFICAR FORMA CLÍNICA <input type="checkbox"/>				
	1 - INTESTINAL 2 - HEPATO INTESTINAL 3 - HEPATO ESPLENICA 4 - AGUDA 5 - OUTRA (ESPECIFICAR):				
	LOCAL PROVÁVEL E INFECCÃO				
	44 - O CASO É AUTÓCTONE DO MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA? <input type="checkbox"/>		45 - UF	46 - PAÍS	
	1 - SIM 2 - NÃO 3 - INDETERMINADO				
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 <input type="checkbox"/>	
53 - EVOLUÇÃO DO CASO <input type="checkbox"/>			54 - DATA DO ÓBITO	55 - DATA DO ENCERRAMENTO	
1 - CURA 2 - NÃO CURA 3 - ÓBITO POR ESQUISTOSSOMOSE 4 - ÓBITO POR OUTRAS CAUSAS 9 - IGNORADO					

INVESTIGADOR	MUNICÍPIO / UNIDADE DE SAÚDE		CÓD. DA UNIDADE DE SAÚDE
	DATA	FUNÇÃO	ASSINATURA