



**DEFINIÇÃO DO CASO:** ANIMAL OU GRUPO DE ANIMAIS ENCONTRADOS DOENTES E / OU MORTOS, INCLUINDO OSSADAS, SEM CAUSA DEFINIDA, QUE PODEM PRECEDER À OCORRÊNCIA DE DOENÇAS EM HUMANOS.

<b>DADOS GERAIS</b>	1 – TIPO DE NOTIFICAÇÃO 2 - INDIVIDUAL		3 – DATA DA NOTIFICAÇÃO	
	2 – AGRAVO / DOENÇA <b>EPIZOOTIA</b>			
	4 – UF	5 – MUNICÍPIO DE NOTIFICAÇÃO		CÓDIGO (IBGE)
	6 – UNIDADE DE SAÚDE (OU OUTRA FONTE NOTIFICADORA)		CÓDIGO	7 – DATA DE INÍCIO DA EPIZOOTIA

<b>DADOS DE OCORRÊNCIA</b>	8 – FONTE DA INFORMAÇÃO		9 – TELEFONE DA FONTE DA INFORMAÇÃO	
	10 - UF	11 – MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	CÓDIGO (IBGE)	12 - DISTRITO
	13 – ENDEREÇO (RUA, AV., PÇA, ETC.)			CÓDIGO
	14 – NÚMERO	15 – COMPLEMENTO	16 – BAIRRO	17 – GEO CAMPO 1
	18 – GEO CAMPO 2			
	19 – PONTO DE REFERÊNCIA		20 - CEP	21 – (DDD) TELEFONE
	22 – ZONA 1 – URBANA 2 – RURAL 3 – PERIURBANA 9 - IGNORADO		23 - AMBIENTE 1 – DOMICÍLIO 2 – PARQUE, PRAÇA OU ZOOLOGICO 3 – ÁREA SILVESTRE 4 – RESERVA ECOLÓGICA 5 – OUTRO:	
	24 – HOUVE COLETA DE MATERIAL PARA EXAME LABORATORIAL 1 – SIM 2 – NÃO 9 – IGNORADO			25 – SE HOUVE COLETA, INFORMAR A DATA
	26 – HOUVE COLETA DE MATERIAL PARA EXAME LABORATORIAL 1 – SIM 2 – NÃO 9 – IGNORADO			
	<input type="checkbox"/> FÍGADO <input type="checkbox"/> RIM <input type="checkbox"/> BAÇO <input type="checkbox"/> CÉREBRO <input type="checkbox"/> CORAÇÃO <input type="checkbox"/> FEZES <input type="checkbox"/> SORO <input type="checkbox"/> SANGUE TOTAL <input type="checkbox"/> OUTRO MATERIAL. QUAL?			
27 – ANIMAIS ACOMETIDOS				
1 – AVE		3 – CANINO	5 – FELINO	7 – PRIMATA NÃO HUMANO
2 – BOVÍDEO		4 – EQUÍDEO	6 - MORCEGO	8 – CANÍDEO SELVAGEM
9 – OUTROS. ESPECIFICAR:				
28 – SUSPEITA DIAGNÓSTICA				
1 – RAIVA		4 – ENCEFALITE ESPONGIFORME BOVINA	7 – OUTROS. ESPECIFICAR:	
2 – ENCEFALITE EQUINA		5 – FEBRE AMARELA		
3 – FEBRE DO VÍRUS DO NILO OCIDENTAL		6 – INFLUENZA AVIÁRIA		
29 – HOUVE COLETA DE MATERIAL PARA EXAME LABORATORIAL 1 – POSITIVO 2 – NEGATIVO 3 – INCONCLUSIVO 9 – IGNORADO				
<input type="checkbox"/> RAIVA		<input type="checkbox"/> ENCEFALITE ESPONGIFORME BOVINA	<input type="checkbox"/> OUTROS. ESPECIFICAR:	
<input type="checkbox"/> ENCEFALITE EQUINA		<input type="checkbox"/> FEBRE AMARELA		
<input type="checkbox"/> FEBRE DO VÍRUS DO NILO OCIDENTAL		<input type="checkbox"/> INFLUENZA AVIÁRIA		

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES E OBSERVAÇÕES**

--	--

<b>INVESTIGADOR</b>	MUNICÍPIO / UNIDADE DE SAÚDE		CÓD. DA UNIDADE DE SAÚDE
	NOME		FUNÇÃO
	DATA	ASSINATURA	