



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.

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

DADOS DE OCORRÊNCIA	8 – FONTE DA INFORMAÇÃO			9 – TELEFONE DA FONTE DA INFORMAÇÃO				
	10 - UF	11 – MUNICÍPIO DE OCORRÊNCIA	CÓDIGO (IBGE)	12 - DISTRITO				
	13 – BAIRRO		14 – LOGRADOURO (RUA, AV., PÇA, ETC.)		CÓDIGO			
	15 - NÚMERO	16 – COMPLEMENTO (APARTAMENTO, CASA...)	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		<input type="checkbox"/>	23 - AMBIENTE 1 – DOMICÍLIO 2 – PARQUE, PRAÇA OU ZOOLOGICO 3 – ÁREA SILVESTRE 4 – RESERVA ECOLÓGICA 5 – OUTRO: <input type="checkbox"/>				
	24 – HOUVE COLETA DE MATERIAL PARA EXAME LABORATORIAL 1 – SIM 2 – NÃO 9 – IGNORADO			<input type="checkbox"/>	25 – SE HOUVE COLETA, INFORMAR A DATA			
	26 – HOUVE COLETA DE MATERIAL PARA EXAME LABORATORIAL 1 – SIM 2 – NÃO 9 – IGNORADO			<input type="checkbox"/>				
	<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				<input type="checkbox"/> DOENTES: _____ MORTOS: _____			
	1 – AVE 2 – BOVÍDEO	3 – CANINO 4 – EQUÍDEO	5 – FELINO 6 - MORCEGO	7 – PRIMATA NÃO HUMANO 8 – CANÍDEO SELVAGEM	9 – OUTROS. ESPECIFICAR: <input type="checkbox"/> DOENTES: _____ MORTOS: _____			
	28 – SUSPEITA DIAGNÓSTICA				<input type="checkbox"/> 1º SUSPEITA DIAGNÓSTICA <input type="checkbox"/> 2º SUSPEITA DIAGNÓSTICA <input type="checkbox"/> 3º SUSPEITA DIAGNÓSTICA			
1 – RAIVA 2 – ENCEFALITE EQUINA 3 – FEBRE DO VÍRUS DO NILO OCIDENTAL	4 – ENCEFALITE ESPONGIFORME BOVINA 5 – FEBRE AMARELA 6 – INFLUENZA AVIÁRIA		7 – OUTROS. ESPECIFICAR: <input type="checkbox"/>					
29 - RESULTADO 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	

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