

Dados Gerais

1

Tipo de Notificação

2 - Individual

2

Agravo/doença

TOXOPLASMOSE CONGÊNITA

Código (CID10)

P37.1

3

Data da Notificação

4

UF

R

S

5

Município de Notificação

PORTO ALEGRE

Código (IBGE)

6

Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)

Código

7

Data dos Primeiros Sintomas

8

Nome do Paciente

9

Data de Nascimento

10

(ou) Idade

1 - Hora

2 - Dia

3 - Mês

4 - Ano

11

Sexo

M - Masculino

F - Feminino

I - Ignorado

12

Gestante

1-1ºTrimestre

2-2ºTrimestre

3-3ºTrimestre

4- Idade gestacional Ignorada

5-Não

6- Não se aplica

9-Ignorado

13

Raça/Cor

1-Branca

2-Preta

3-Amarela

4-Parda

5-Indígena

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

20

Bairro

21

Logradouro (rua, avenida,...)

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

30

País (se residente fora do Brasil)

Conclusão

Conclusão

31

Data da Investigação

32

Classificação Final

1 - Confirmado

2 - Descartado

33

Critério de Confirmação/Descarte

1 - Laboratorial

2 - Clínico-Epidemiológico

Local Provável da Fonte de Infecção

34

O caso é autóctone do município de residência?

1-Sim

2-Não

3-Indeterminado

35

UF

36

País

37

Município

Código (IBGE)

38

Distrito

39

Bairro

40

Doença Relacionada ao Trabalho

1 - Sim

2 - Não

9 - Ignorado

41

Evolução do Caso

1 - Cura

2 - Óbito pelo agravo notificado

3 - Óbito por outras causas

9 - Ignorado

42

Data do Óbito

43

Data do Encerramento

Informações complementares e observações

Observações adicionais

Investigador

Município/Unidade de Saúde

Cód. da Unid. de Saúde

Nome

Função

Assinatura

Notificação/conclusão

Sinan NET

SVS 27/09/2005