



Nº

CASO CONFIRMADO: todo indivíduo residente ou procedente de 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	Agravado/doença		Código (CID10)	3 Data da Notificação		
	ESQUISTOSSOMOSE		B 65.9				
Dados Gerais	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	11	Sexo	12	Gestante	
	1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano		M - Masculino F - Feminino 1 - Ignorado	1 - 1º Trimestre 2 - 2º Trimestre 3 - 3º Trimestre 4 - Idade gestacional Ignorada 5 - Não 6 - Não se aplica 9 - Ignorado	13 Raça/Cor		
	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 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 (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	30	País (se residente fora do Brasil)	
		1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado					
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		
	35	Análise Qualitativa		1- positivo 2 - negativo 3-Não realizado			
36	OUTROS		37	Outros exames (especificar)			
		1- positivo 2 - negativo 3-Não realizado					
Tratamento	38	Fez Tratamento?		39	Data do Tratamento		
	1- Sim - Praziquantel 3 - Não 2- Sim - Oxaminiquine 9 - Ignorado				40 Caso não tenha feito tratamento, qual o motivo?		
					1- Contra Indicação 3 -Ausente 2 - Recusa 9 - Ignorado		
41	Resultado de Análise de Verificação de Cura			42		Data do Resultado da 3ª amostra	
		0-0 (zero) 1- 1 (um) ou mais ovos 2- Não realizado		1ª amostra 2ª amostra 3ª amostra			
Conclusão	43 Especificar Forma Clínica						
	1 - Intestinal 2 - Hepato Intestinal 3 - Hepato Esplênica 4 - Aguda 5- Outra (especificar)						
	Local Provável de Infecção						
	44	O caso é autóctone do município de residência?		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			
53	Evolução do Caso		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 Unid. de Saúde		
	Nome		Função		Assinatura		