



Nº

<b>Dados Gerais</b>	1	Tipo de Notificação		3 - Surto	
	2	Agravado/doença		Código (CID10)	3 Data da Notificação
	4	UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)	
	6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	7 Data dos 1 <sup>os</sup> Sintomas do 1 <sup>o</sup> Caso Suspeito

<b>Notificação de Surto</b>	8	Nº de Casos Suspeitos/ Expostos até a Data da Notificação		
	9	Local Inicial de Ocorrência do Surto		
1 - Residência 4 - Asilo 7 - Eventos 10 - Casos Dispersos em mais de um Município		2 - Hospital / Unidade de Saúde 5 - Outras Instituições (alojamento, trabalho) 8 - Casos Dispersos no Bairro 11 - Outros Especificar _____		3 - Creche / Escola 6 - Restaurante/ Padaria (similares) 9 - Casos Dispersos Pelo Município

<b>Dados de Ocorrência</b>	10	11	Município de Residência	Código (IBGE)	12	Distrito		
	13	Bairro		14	Logradouro (rua, avenida,...)			
	15	Número	16	Complemento (apto., 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		23	Pais (se residente fora do Brasil)

<b>Situação Inicial</b>	24	Data da Investigação		25	Modo Provável da Transmissão	
	1- Direta (pessoa a pessoa) 4- Produto (medicamentos, agrotóxicos, imunobiológicos, sangue, etc.) 6- Outro Especificar _____		2- Indireta (Veículo comum ou Vetor) 5- Fômite (faca, lençóis, agulhas, etc.) 9- Ignorado		3- Vetor 9- Ignorado	
26 Se indireta, qual o veículo de transmissão provável						

Observações

<b>Investigador</b>	Município/Unidade de Saúde		Código da Unid. de Saúde	
	Nome	Função	Assinatura	