



CASO CONFIRMADO: Todo indivíduo que apresente ovos viáveis de *Schistosoma mansoni* nas fezes ou em tecido submetido à biópsia.

Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual	
	2	Agravado/doença		ESQUISTOSSOMOSE	
		Código (CID10)		B 65.9	
	3	Data da Notificação			
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	1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	11	Sexo	M - Masculino F - Feminino I - Ignorado
	12	Gestante	1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional Ignorada 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	
					1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	
30	País (se residente fora do Brasil)					

DADOS COMPLEMENTARES DO CASO

Ant. Epid.	31	Data da Investigação		32		Ocupação
	33	Data da Coproscopia		34		Análise Quantitativa
Dados do Laboratório				35		Análise Qualitativa
						0 - 0 (zero) 1 - 1 (um) ou mais ovos 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 2 - Sim - Oxaminiquine 3 - Não 9 - Ignorado				
	40	Caso não tenha feito tratamento, qual o motivo?		1 - Contra Indicação 2 - Recusa 3 - Ausente 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)		
	44	O caso é autóctone do município de residência?		45		UF
	1-Sim 2-Não 3-Indeterminado				46	País
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	
	1-Cura 2-Não Cura 3-Óbito por esquistossomose 4-Óbito por outras causas 9-Ignorado				55	Data do Encerramento

Investigador	Município/Unidade de Saúde		Cód. da Unid. de Saúde	
	Nome		Assinatura	
	Função			