

|   |  |   |
|---|--|---|
| Dados Gerais  | 1 Tipo de Notificação<br>2 - Individual  |   |
|   | 2 Agravado/doença<br><b>Toxoplasmose Gestacional</b>   | 3 Data da Notificação<br>Código (CID10)<br><b>O98.6</b>                     |
|   | 4 UF<br>5 Município de Notificação   | Código (IBGE)<br>7 Data dos Primeiros Sintomas                              |
| Notificação Individual                                      | 8 Nome do Paciente   |   |
|   | 10 (ou) Idade<br>4 - Ano   | 11 Sexo<br>F - Feminino   |
|   | 12 Gestante<br>1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre<br>4- Idade gestacional Ignorada   | 13 Raça/Cor<br>1-Branca 2-Preta 3-Amarela<br>4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado |
|   | 14 Escolaridade<br>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)<br>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)<br>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   |
| Dados de Residência   | 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<br>1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado |  |   |
| 30 País (se residente fora do Brasil)                       |  |   |

**Conclusão**

|   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| Conclusão   | 31 Data da Investigação  | 32 Classificação Final<br>1 - Confirmado<br>2 - Descartado  | 33 Critério de Confirmação/Descarte<br>1 - Laboratorial 2 - Clínico-Epidemiológico |
|   | <b>Local Provável da Fonte de Infecção</b>                                       |   |  |
|   | 34 O caso é autóctone do município de residência?<br>1-Sim 2-Não 3-Indeterminado |   | 35 UF  |
|   | 36 País  |   |  |
|   | 37 Município   | Código (IBGE)   | 38 Distrito  |
| 39 Bairro   |  |   |  |
| 40 Doença Relacionada ao Trabalho<br>1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado |  | 41 Evolução do Caso<br>1 - Cura/Melhora 2 - Óbito pelo agravo notificado 3 - Óbito por outras causas 9 - Ignorado |  |
| 42 Data do Óbito  |  | 43 Data do Encerramento   |  |

**Informações complementares e observações**

|  |
|--|
| Resultado dos Exames Sorológicos                                     |
| Manifestação Clínica   |
| Exame(s) de Imagem e os principais achados                           |
| Conduta Terapêutica<br><small>(Prescrição Médica e Execução)</small> |
| Observações adicionais   |

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