

E-SUS/VS
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE NOTIFICAÇÃO/CONCLUSÃO
PARACOCCIDIOIDOMICOSE

Nº

DADOS GERAIS

1	Tipo de Notificação		2- Individual
2	Agravado/doença		Código (CID10)
		PARACOCCIDIOIDOMICOSE	B41.9
4	UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)
	SP	JUNDIAÍ	352590
6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código
7	Data do Diagnóstico		
8	Nome do Paciente		9 Data de Nascimento

NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL

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
14	Escolaridade					14-1	Etnia
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						1- Tupiniquim 2- Guarani 9- ignorado	
15	Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe				
PcD (pessoa com deficiência)		Pessoa em situação de rua		CPF do paciente		Nacionalidade	
1- sim 2- não		1- sim 2- não					
Passaporte				Orientação sexual			
				1- Heterossexual 2- Homossexual 3- Bissexual 4- Pansexual 8- Não se aplica 9- Ignorado			

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 - Rural3 - Periurbana 9 - Ignorado					
Unidade de Saúde de Referência							
31	Data da Investigação		32 Classificação final		33 Critério de confirmação/descarte		
		1 - Confirmado 2 - Descartado		1- Laboratorial 2- Clínico-epidemiológico			
34	O caso é autóctone do município de residência?			35	UF	36	País
1-Sim 2-Não 3-Indeterminado							
37	Município		Código (IBGE)	38	Distrito	39 Bairro	
40	Doença relacionada ao trabalho		41	Evolução do caso		42 Data do Óbito	
1- Sim 2-Não 9- Ignorado			1- Cura 2- Óbito pelo agravo notificado 3-Óbito por outras causas 9- Ignorado				
43 Data do Encerramento							

OBSERVAÇÃO:

INVESTIGADOR

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