

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

<b>Dados Gerais</b>	1 Tipo de Notificação <span style="float: right;">2 - Individual</span>	
	2 Agravado/doença <b>ESQUISTOSSOMOSE</b>	3 Data da Notificação Código (CID10) <b>B 65.9</b>
	4 UF   5 Município de Notificação	Código (IBGE)
6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		7 Data dos Primeiros Sintomas

<b>Notificação Individual</b>	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 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado	13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado	
	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			

<b>Dados de Residência</b>	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**

<b>Ant. Epid.</b>	31 Data da Investigação		32 Ocupação		
	33 Data da Coprocopia		34 Análise Quantitativa 0 - 0 (zero) 1 - 1 (um) ou mais ovos	35 Análise Qualitativa 1- positivo 2 - negativo 3-Não realizado	
<b>Dados do Laboratório</b>	36 OUTROS 1- positivo 2 - negativo 3-Não realizado		37 Outros exames (especificar)		
	38 Fez Tratamento? 1- Sim - Praziquantel 3 - Não 2- Sim - Oxaminiquine 9 - Ignorado		39 Data do Tratamento	40 Caso não tenha feito tratamento, qual o motivo? 1- Contra Indicação 3 -Ausente 2 - Recusa 9 - Ignorado	
<b>Tratamento</b>	41 Resultado de Análise de Verificação de Cura 0- 0 (zero) 1- 1 (um) ou mais ovos 2- Não realizado			42 Data do Resultado da 3ª amostra	
	43 Especificar Forma Clínica 1 - Intestinal 2 - Hepato Intestinal 3 - Hepato Esplênica 4 - Aguda 5- Outra (especificar)				

<b>Conclusão</b>	44 O caso é autóctone do município de residência? 1-Sim 2-Não 3-Indeterminado				
	45 UF	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 1-Cura 2-Não Cura 3-Óbito por esquistossomose 4-Óbito por outras causas 9-Ignorado		54 Data do Óbito		55 Data do Encerramento

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