

Dados Gerais	1	Tipo de Notificação	2 - Individual	
	2	Agravo/doença	Código (CID10)	3 Data da Notificação
	Toxoplasmose Congênita		P37.1	
	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	11 Sexo M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> I - Ignorado	12 Gestante	13 Raça/Cor	
	1 - Hora <input type="checkbox"/> 2 - Dia <input type="checkbox"/> 3 - Mês <input type="checkbox"/> 4 - Ano <input type="checkbox"/>	5 - Não <input type="checkbox"/> 6 - Não se aplica <input type="checkbox"/>	1 - Branca <input type="checkbox"/> 2 - Preta <input type="checkbox"/> 3 - Amarela <input type="checkbox"/> 4 - Parda <input type="checkbox"/> 5 - Indígena <input type="checkbox"/>		
	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) 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	30 País (se residente fora do Brasil)		
	1 - Urbana <input type="checkbox"/> 2 - Rural <input type="checkbox"/> 3 - Periurbana 9 - Ignorado				

Conclusão

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

Informações complementares e observações

Resultado dos exames sorológicos
Manifestação Clínica
Principais achados da investigação completa <small>(Exames: clínico e neurológico, oftalmológico completo com fundoscopia, hematológico, função hepática e de imagem cerebral)</small>
Condução Terapêutica <small>(Prescrição Médica e Execução)</small>
Observações Adicionais

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