

Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		3 - Surto			
	2	Agravado/doença		Código (CID10)	3	Data da Notificação	
	4	UF	5	Município de Notificação		Código (IBGE)	
	6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	7	Data dos 1 <sup>os</sup> Sintomas do 1 <sup>o</sup> Caso Suspeito	

Notificação de Surto	8	Nº de Casos Suspeitos/ Expostos até a Data da Notificação		
	9	Local Inicial de Ocorrência do Surto		
	1 - Residência	2 - Hospital / Unidade de Saúde	3 - Creche / Escola	<input type="checkbox"/>
	4 - Asilo	5 - Outras Instituições (alojamento, trabalho)	6 - Restaurante/ Padaria (similares)	
	7 - Eventos	8 - Casos Dispersos no Bairro	9 - Casos Dispersos Pelo Município	
	10 - Casos Dispersos em mais de um Município	11 - Outros	Especificar _____	

Dados de Ocorrência	10	UF	11	Município de Residência		Código (IBGE)	12	Distrito					
	13	Bairro		14	Logradouro (rua, avenida,...)		Código						
	15	Número		16	Complemento (apto., casa, ...)		17			Geo campo 1			
	18	Geo campo 2		19	Ponto de Referência		20			CEP			
	21	(DDD) Telefone		22	Zona		1 - Urbana	2 - Rural	<input type="checkbox"/>	23		País (se residente fora do Brasil)	
							3 - Periurbana	9 - Ignorado					

Situação Inicial	24	Data da Investigação		25	Modo Provável da Transmissão	
				1 - Direta (pessoa a pessoa)	2 - Indireta (Veículo comum ou Vetor)	9 - Ignorado
	26	Se indireta, qual o veículo de transmissão provável		3 - Vetor		<input type="checkbox"/>
		1 - Alimento/Água	2 - Recursos Hídricos Contaminados (poço, rio, reseedatório de água)	5 - Fômite (faca, lençóis, agulhas, etc.)		
		4 - Produto (medicamentos, agrotóxicos, imunobiológicos, sangue, etc.)	6 - Outro Especificar _____		9 - Ignorado	

Observações

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