

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

Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual
	2	Agravado/doença		Código (CID10) 3 Data da Notificação
	ESQUISTOSSOMOSE		B 65.9	
4	5	UF 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	12 Gestante	13 Raça/Cor
	1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado	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

Dados de Residência	17	18	UF Município de Residência		Código (IBGE)	19	Distrito
	20	Bairro			21	Logradouro (rua, avenida,...)	
	22	23	Número 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)		

Dados Complementares do Caso

Ant. Epid.	31	Data da Investigação		32	Ocupação		
	Dados do Laboratório	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					
Tratamento	36 OUTROS			37	Outros exames (especificar)		
	1- positivo 2- negativo 3-Não realizado						
	38	Fez Tratamento?		39	Data do Tratamento		40
		1- Sim - Praziquantel 3 - Não 2- Sim - Oxaminiquine 9 - Ignorado				1- Contra Indicação 3 -Ausente 2 - Recusa 9 - Ignorado	
41	Resultado de Análise de Verificação de Cura			42	Data do Resultado da 3ª amostra		
		0- 0 (zero) 1- 1 (um) ou mais ovos 2- Não realizado			1ª amostra 2ª amostra 3ª amostra		

Conclusão	43 Especificar Forma Clínica							
	1 - Intestinal 2 - Hepato Intestinal 3 - Hepato Esplênica 4 - Aguda 5- Outra (especificar)							
	Local Provável de Infecção							
	44	O caso é autóctone do município de residência?			45	46	UF País	
			1-Sim 2-Não 3-Indeterminado					
	47	Município		48	Distrito		49	Bairro
		Código (IBGE)						
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			54	Data do Óbito		55	Data do Encerramento
		1-Cura 2-Não Cura 3-Óbito por esquistossomose 4-Óbito por outras causas 9-Ignorado						

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