

**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) Código	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			

<b>Dados de Residência</b>	15 Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe	
	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	

**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	
<b>Dados do Laboratório</b>	35 Análise Qualitativa 1- positivo 2 - negativo 3-Não realizado		36 OUTROS 1- positivo 2 - negativo 3-Não realizado	
	37 Outros exames (especificar)			
<b>Tratamento</b>	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		41 Resultado de Análise de Verificação de Cura 0- 0 (zero) 1- 1 (um) ou mais ovos 2- Não realizado 1ª amostra 2ª amostra 3ª amostra	

<b>Conclusão</b>	43 Especificar Forma Clínica 1 - Intestinal 2 - Hepato Intestinal 3 - Hepato Esplênica 4 - Aguda 5- Outra (especificar)				
	<b>Local Provável de Infecção</b>				
	44 O caso é autóctone do município de residência? 1-Sim 2-Não 3-Indeterminado				

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