



Nº

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^{os} Sintomas do 1^o 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

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 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

1- Alimento/Água 2- Recursos Hídricos Contaminados (poço, rio, reseedatório de água) 3- Vetor

4- Produto (medicamentos, agrotóxicos, imunobiológicos, sangue, etc.) 5- Fômite (faca, lençóis, agulhas, etc.)

6- Outro Especificar _____ 9- Ignorado

Observações

Investigador

Município/Unidade de Saúde Código da Unid. de Saúde

Nome Função Assinatura