

Definição do caso: Animal ou grupo de animais encontrados doentes e/ou mortos, incluindo ossadas, sem causa definida, que podem preceder a ocorrência de doenças em humanos

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2- Individual		3 Data da Notificação		
	2 Agravado/doença EPIZOOTIA			Código (IBGE)	
	4 UF	5 Município de Notificação		Código (IBGE)	
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	7 Data do início da epizootia	
Dados de Ocorrência	8 Fonte da informação			9 (DDD) Telefone da fonte da informação	
	10 UF	11 Município de Ocorrência		Código (IBGE)	12 Distrito
	13 Bairro		14 Logradouro (rua, avenida, ...)		Código
	15 Número	16 Complemento (apto., casa, ...)		17 Geocampo 1	
	18 Geocampo 2		19 Ponto de Referência		20 CEP
	21 (DDD) Telefone		22 Zona 1 - Urbana 2 - Rural <input type="checkbox"/> 3 - Periurbana 9 - Ignorado		23 Ambiente 1-Domicílio 2-Parque, praça ou zoológico 3-Área silvestre 4-Reserva ecológica 5-Outro <input type="checkbox"/>
	24 Houve coleta de material para exame laboratorial 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/>			25 Se houve coleta, informar a data	
	26 Se houve coleta, qual material 1-Sim 2-Não 9-Ignorado				
	<input type="checkbox"/> fígado <input type="checkbox"/> rim <input type="checkbox"/> baço <input type="checkbox"/> cérebro <input type="checkbox"/> coração <input type="checkbox"/> fezes <input type="checkbox"/> soro <input type="checkbox"/> sangue total <input type="checkbox"/> outro material Qual _____				
	27 Animais acometidos				
	1-Ave 3-Canino 5-Felino 7-Primata não humano 9-Outros. 2-Bovídeo 4-Equídeo 6-Morcego 8-Canídeo selvagem Especificar _____			<input type="checkbox"/> Doentes _____ <input type="checkbox"/> Mortos _____ <input type="checkbox"/> Doentes _____ <input type="checkbox"/> Mortos _____	
	28 Suspeita diagnóstica				
	1-Raiva 4-Encefalite Espongiforme Bovina 2-Encefalite Equina 5-Febre Amarela 3-Febre do Vírus do Nilo Ocidental 6-Influenza Aviária 7-Outro. Especificar: _____			<input type="checkbox"/> 1ª suspeita diagnóstica <input type="checkbox"/> 2ª suspeita diagnóstica <input type="checkbox"/> 3ª suspeita diagnóstica	
29 Resultado laboratorial 1-Positivo 2-Negativo 3-Inconclusivo 9-Ignorado					
<input type="checkbox"/> Raiva <input type="checkbox"/> Encenfalite espongiforme bovina <input type="checkbox"/> Outro Especificar _____ <input type="checkbox"/> Encefalite equina <input type="checkbox"/> Febre amarela <input type="checkbox"/> Febre do Nilo <input type="checkbox"/> Influenza aviária					

Observações:

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