

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 **ESQUISTOSSOMOSE** Código (CID10) **B 65.9** 3 Data da Notificação

4 UF 5 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 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

15 Número do Cartão SUS 16 Nome da mãe

Dados de Residência

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 29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado 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 35 Análise Qualitativa 0 - 0 (zero) 1 - 1 (um) ou mais ovos 1- positivo 2 - negativo 3-Não realizado

36 OUTROS 1- positivo 2 - negativo 3-Não realizado 37 Outros exames (especificar)

Tratamento 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 42 Data do Resultado da 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? 1-Sim 2-Não 3-Indeterminado 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 54 Data do Óbito 55 Data do Encerramento 4-Óbito por outras causas 9-Ignorado

Investigador

Município/Unidade de Saúde Cód. da Unid. de Saúde

Nome Função Assinatura