

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação	2 - Individual		
	2 Agravado/doença	Toxoplasmose (Adquirida)	Código (CID10)	3 Data da Notificação
	4 UF	5 Município de Notificação	B58	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 M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> I - Ignorado	12 Gestante	13 Raça/Cor
	14 Escolaridade	15 Número do Cartão SUS		
	16 Nome da mãe	17 UF		

Dados de Residência	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	30 País (se residente fora do Brasil)	

**Conclusão**

Conclusão	31 Data da Investigação	32 Classificação Final	33 Critério de Confirmação/Descarte
	Local Provável da Fonte de Infecção		
	34 O caso é autóctone do município de residência?	35 UF	36 País
	37 Município	Código (IBGE)	38 Distrito
	39 Bairro	40 Doença Relacionada ao Trabalho	

**Informações complementares e observações**

Resultado dos Exames Sorológicos
Manifestação Clínica
Exames complementares e os principais achados
Conduta Terapêutica
Observações Adicionais

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