

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 3 - Surto	
	2 Agravado/doença	3 Data da Notificação
	4 UF	5 Município de Notificação
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	7 Data dos 1 ^{os} Sintomas do 1º 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 3 - Periurbana 9 - Ignorado	23 País (se residente fora do Brasil)	

Situação Inicial	24 Data da Investigação	25 Modo Provável da Transmissão 1 - Direta (pessoa a pessoa) 2 - Indireta (Veículo comum ou Vetor) 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>
	26 Se indireta, qual o veículo de transmissão provável 1 - Alimento/Água 2 - Recursos Hídricos Contaminados (poço, rio, reseedatório de água) 3 - Vetor <input type="checkbox"/> 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