

Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		3 - Surto	
	2	Agravo/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	<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"/>	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 <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