

Dados Gerais	1	Tipo de Notificação	2 - Individual		
	2	Agravo/doença	HTLV-1	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 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

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	30	País (se residente fora do Brasil)	
	1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado						

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	41	Evolução do Caso			
	42	Data do Óbito	43	Data do Encerramento			

Informações complementares e observações

Observações adicionais

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