

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	Agravo/doença	ESQUISTOSSOMOSE	Código (CID10) 3
	3	Data da Notificação	Código (IBGE)	4
4	UF	5	Município de Notificação	6
6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	7	Data dos Primeiros Sintomas	8

Notificação Individual	8	Nome do Paciente		9	Data de Nascimento	
	10	(ou) Idade	11	Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12	Gestante
	13	Raça/Cor		14	Escolaridade	
15	Número do Cartão SUS		16	Nome da mãe		

Dados de Residência	17	UF	18	Município de Residência	19	Distrito	
	20	Bairro	21	Logradouro (rua, avenida,...)	22	Código	
	23	Número	24	Complemento (apto., casa, ...)	25	Geo campo 1	
	26	Geo campo 2		27	Ponto de Referência	28	CEP
	29	(DDD) Telefone	30	Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	31	País (se residente fora do Brasil)	

Dados Complementares do Caso

Ant. Epid.	31	Data da Investigação	32	Ocupação	
	33	Data da Coprocopia	34	Análise Quantitativa	
Dados do Laboratório	35	Análise Qualitativa		36	OUTROS
	37	Outros exames (especificar)		38	Fez Tratamento?
Tratamento	39	Data do Tratamento	40	Caso não tenha feito tratamento, qual o motivo?	
	41	Resultado de Análise de Verificação de Cura		42	Data do Resultado da 3ª amostra

43	Especificar Forma Clínica				
44	Local Provável de Infecção				

Conclusão	44	O caso é autóctone do município de residência?		45	UF	46	País	
	47	Município	48	Distrito	49	Bairro		
	50	Nome da Propriedade (se área rural)		51	Nome da Coleção Hídrica		52	Doença Relacionada ao Trabalho
	53	Evolução do Caso		54	Data do Óbito		55	Data do Encerramento
	56	Município/Unidade de Saúde		57	Cód. da Unid. de Saúde			

Investigador	Nome	Função	Assinatura
	Esquistossomose		