

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

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	23 País (se residente fora do Brasil)	
					1 - Urbana 2 - Rural <input type="checkbox"/>		
				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	Assinatura