

Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual	
	2	Agravado/doença		Código (CID10)	3 Data da Notificação
	Toxoplasmose Congênita		P37.1		
	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	12 Gestante	13 Raça/Cor		
	1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	5 - Não 6 - Não se aplica	1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena		
	14 Escolaridade					
0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 9-Ignorado 10- Não se aplica						
15	Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe			

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		
					1 - Confirmado 2 - Descartado		1 - Laboratorial 2 - Clínico-Epidemiológico			
	Local Provável da Fonte de Infecção									
	34 O caso é autóctone do município de residência?				35 UF		36 País			
	1-Sim 2-Não 3-Indeterminado									
	37 Município		Código (IBGE)		38 Distrito		39 Bairro			
40 Doença Relacionada ao Trabalho			41 Evolução do Caso							
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			1 - Cura/Melhorado 2 - Óbito pelo agravo notificado 3 - Óbito por outras causas 9 - Ignorado							
42 Data do Óbito		43 Data do Encerramento								

Informações complementares e observações

Resultado dos exames sorológicos
Manifestação Clínica
Principais achados da investigação completa <small>(Exames: clínico e neurológico, oftalmológico completo com fundoscopia, hematológico, função hepática e de imagem cerebral)</small>
Condução Terapêutica <small>(Prescrição Médica e Execução)</small>
Observações Adicionais

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