

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação	2 - Individual		
	2 Agravado/doença	(Doenças causadas por protozoários complicando a gravidez, o parto e o puerpério)	Código (CID10)	3 Data da Notificação
	Toxoplasmose Gestacional		O98.6	
	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
	4 - Ano	F - Feminino	1-1ºTrimestre 2-2ºTrimestre 3-3ºTrimestre 4- Idade gestacional Ignorada	1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado
	14 Escolaridade			
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,...)	
	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)

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/Melhora 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
Exame(s) de Imagem e os principais achados
Conduta Terapêutica <small>(Prescrição Médica e Execução)</small>
Observações adicionais

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