

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			
	<b>Local Provável da Fonte de Infecção</b>									
	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 agravado 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			