

FICHA INDIVIDUAL DE NOTIFICAÇÃO

Dados da Notificação	UF da notificação	Município da notificação	Código IBGE
	Código CNES	Estabelecimento de saúde	
Dados de identificação	1 Data da notificação	2 Cadastro de Pessoa Física (CPF)	3 Cadastro Nacional de Saúde (CNS)
	4 É estrangeiro (a)? <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não	5 Se sim, passaporte	6 País de nascimento
	7 Nome completo (sem abreviações)		8 Nome social
	9 Nome completo da mãe (sem abreviações)		10 Data de nascimento
	11 Idade <input type="checkbox"/> 1. Hora <input type="checkbox"/> 2. Dia <input type="checkbox"/> 3. Mês <input type="checkbox"/> 4. Ano	12 Sexo ao nascimento <input type="checkbox"/> 1. Masculino <input type="checkbox"/> 2. Feminino <input type="checkbox"/> 3. Intersexo <input type="checkbox"/> 9. Ignorado	
	13 Orientação sexual <input type="checkbox"/> 1. Heterossexual <input type="checkbox"/> 2. Homossexual <input type="checkbox"/> 3. Bissexual <input type="checkbox"/> 4. Outra, especifique: _____ <input type="checkbox"/> 7. Não se aplica <input type="checkbox"/> 9. Ignorado		
	14 Identidade de gênero <input type="checkbox"/> 1. Mulher cisgênero <input type="checkbox"/> 2. Homem cisgênero <input type="checkbox"/> 3. Mulher transgênero <input type="checkbox"/> 4. Homem transgênero <input type="checkbox"/> 5. Travesti <input type="checkbox"/> 6. Não binário <input type="checkbox"/> 7. Não se aplica <input type="checkbox"/> 9. Ignorado		
	15 Raça/Cor <input type="checkbox"/> 1. Branca <input type="checkbox"/> 2. Preta <input type="checkbox"/> 3. Amarela <input type="checkbox"/> 4. Parda <input type="checkbox"/> 5. Indígena <input type="checkbox"/> 9. Ignorado		
	16 Se Indígena, qual etnia? _____		
	17 Se Indígena, vive aldeado? <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 9. Ignorado		
	18 Nome do distrito sanitário especial _____		
	19 Nome do polo base _____		
	20 Nome da aldeia _____		
	21 É membro de povo ou comunidade tradicional? <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 9. Ignorado		
	22 Se sim, qual povo ou comunidade tradicional? _____		
	23 Gestante <input type="checkbox"/> 1. 1º Trimestre <input type="checkbox"/> 2. 2º Trimestre <input type="checkbox"/> 3. 3º Trimestre <input type="checkbox"/> 4. Idade gestacional ignorada <input type="checkbox"/> 5. Não <input type="checkbox"/> 7. Não se aplica <input type="checkbox"/> 9. Ignorado		
	24 Escolaridade <input type="checkbox"/> 1. Nenhuma <input type="checkbox"/> 2. Educação Infantil <input type="checkbox"/> 3. Ensino Fundamental incompleto <input type="checkbox"/> 4. Ensino Fundamental completo (até o 9º ano) <input type="checkbox"/> 5. Ensino Médio incompleto <input type="checkbox"/> 6. Ensino Médio completo (até o 3º ano) <input type="checkbox"/> 7. Superior incompleto <input type="checkbox"/> 8. Superior completo <input type="checkbox"/> 9. Ignorado		
	25 Ocupação		Código (CBO)
26 Atividade econômica		Código (CNAE)	
27 Pessoa em situação de rua? <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 9. Ignorado		28 Profissional de saúde? <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 9. Ignorado	
29 Pessoa privada de liberdade? <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 9. Ignorado		30 Pessoa com deficiência? <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 9. Ignorado	
31 CEP de residência	32 UF de residência	33 Município de residência	
34 Bairro		35 Logradouro	
37 Complemento		36 Número	
39 Zona <input type="checkbox"/> 1. Urbana <input type="checkbox"/> 2. Rural <input type="checkbox"/> 9. Ignorado		38 Telefone de contato () _____ - _____	
40 País de residência			

41 Doenças/agravos notificados (possibilidade de múltiplas inserções)

1. _____ CID: _____
 2. _____ CID: _____

Doença Falciforme

42 Sinais e sintomas (possibilidade de múltiplas inserções)

MedDRA - Itt	Código LLT	MedDRA - Itt	Código LLT	MedDRA - Itt	Código LLT
<input type="checkbox"/> Anemia	10002034	<input type="checkbox"/> Hemoglobina baixa	10018889	<input type="checkbox"/> Priapismo	10036661
<input type="checkbox"/> Bilirrubina indireta aumentada	10021709	<input type="checkbox"/> Hemoglobina S aumentada	10018895	<input type="checkbox"/> Sequestro esplênico	10063715
<input type="checkbox"/> Crise vaso-oclusiva	10072397	<input type="checkbox"/> Icterícia	10021207	<input type="checkbox"/> Sequestro esplênico	10063715
<input type="checkbox"/> Desidrogenase láctica aumentada	10023679	<input type="checkbox"/> Osteonecrose	10031264	<input type="checkbox"/> Síndrome torácica aguda	10051895
<input type="checkbox"/> Dor generalizada	10018074	<input type="checkbox"/> Palidez	10033546	<input type="checkbox"/> Ulceração venosa	10047260
<input type="checkbox"/> Esplenomegalia	10041660	<input type="checkbox"/> Porcentagem de reticulócitos aumentada	10059920	<input type="checkbox"/> Outro, especifique:	00000002

43 Tipo de exame laboratorial

44 Resultado do exame

45 Centro de Referência de encaminhamento

Observações

Dados clínicos iniciais

Resultados laboratoriais

Observações