



Nº

Requisitante	1	Laboratório	Código	2	Data de Entrada		
	3	Município de Notificação	Código IBGE				
	4	Unidade de Saúde	Código (SIA/SUS)				
	5	Endereço	6	(DDD) Telefone			
Paciente/Exames	7	Nome do Paciente	8	Número do Cartão SUS			
	9	Data de Nascimento	10	(ou) Idade	D - dias M - meses A - anos		
					11	Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	
	12	Suspeita Clínica	Gestante com exantema ()	RN com Microcefalia ()	Puérpera - RN com Microcefalia ()		
	13	Caso	1-Suspeito 2-Comunicante 9-Ignorado	14	Data dos Primeiros Sintomas	15	Exame
	16	Material Enviado	17	Data da Coleta	18	Uso de Antibiótico na Data da Coleta 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
19	Gestante	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado	20	Paciente tomou vacina? se sim, especificar:	Data		
21	Requisitante	22	Data				

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: