



<b>Requisitante</b>	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	
<b>Paciente/Exames</b>	7	Nome do Paciente	8	Número do Cartão SUS		
	9	Data de Nascimento	10	(ou) Idade	11	Sexo
				D - dias M - meses A - anos		M - Masculino F - Feminino I - Ignorado
	12	Suspeita Clínica				
	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
			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
21	Requisitante				22	Data