



CASO SUSPEITO (área não endêmica): Paciente que apresente quadro de paroxismo febril com os seguintes sintomas: calafrios, tremores generalizados, cansaço, mialgia, e que seja procedente de área onde haja transmissão de malária, no período de 8 a 30 dias, anterior a data dos primeiros sintomas.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação	2 - Individual		
	2 Agravado/doença	MALÁRIA		3 Data da Notificação
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (CID10) B 5 4	Código (IBGE)
Notificação Individual	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código	7 Data dos Primeiros Sintomas	
	8 Nome do Paciente	9 Data de Nascimento		
	10 (ou) Idade	11 Sexo	12 Gestante	13 Raça/Cor
	14 Escolaridade	15 Número do Cartão SUS		
Dados de Residência	16 Nome da mãe	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)	
Dados Complementares do Caso				
Antendimento Epidemiológico	31 Data da Investigação	32 Ocupação		
	33 Principal Atividade nos Últimos 15 Dias:	34 Tipo de lâmina		
Dados do Exame	35 Sintomas:	36 Data do Exame:		
	37 Resultado do Exame:	38 Parasitos por mm ³ :		
	39 Parasitemia em "cruzes".:	40 Esquema de tratamento utilizado, de acordo com Manual de Terapêutica da Malária		
Tratamento	41 Data Início do Tratamento:			

Conclusão	42 Classificação Final <input type="checkbox"/> 1-Confirmado 2-Descartado		
	Local Provável da Fonte de Infecção		
	43 O caso é autóctone do município de residência? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 3-Indeterminado	44 UF provável de infecção	45 País provável de infecção
	46 Município provável da infecção:	Código (IBGE)	47 Distrito
	49 Localidade provável da infecção:		48 Bairro
		50 Data de Encerramento	

Observações adicionais:

SMS-UF Município	Nome do Paciente:		Idade:	Sexo: 1-Masculino <input type="checkbox"/> 2-Feminino
	Nº da notificação	Data do exame	Resultado do exame	Matricula e nome do examinador:

Malária 03/01/2008 COREL MR **Comprovante de resultado do exame para ser entregue ao paciente** Sinan NET SVS 30/10/2007