

**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		Código (CID10) B 5 4	
Notificação Individual	4	UF	5	Município de Notificação	
	6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	
	7	Data dos Primeiros Sintomas		Código (IBGE)	
Dados de Residência	8	Nome do Paciente		9	
	10	(ou) Idade	11	Sexo M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> I - Ignorado	
	12	Gestante		13	
	14	Escolaridade		15	
Dados de Residência	15	Número do Cartão SUS		16	
	17	UF	18	Município de Residência	
	19	Distrito		Código (IBGE)	
	20	Bairro		21	
	22	Número		23	
	24	Geo campo 1		Código	
	25	Geo campo 2		26	
	27	CEP		28	
<b>Dados Complementares do Caso</b>					
Antendimento Epidemiológico	31	Data da Investigação		32	
	33	Principal Atividade nos Últimos 15 Dias:		34	
Dados do Exame	36	Data do Exame:		37	
	39	Parasitemia em "cruzes".:		38	
	40	Esquema de tratamento utilizado, de acordo com Manual de Terapêutica da Malária		41	

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

**Observações adicionais:**

---



---



---



---



---

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

Malária    Comprovante de resultado do exame para ser entregue ao paciente    Sinan NET    SVS    30/10/2007