

CASO CONFIRMADO: todo indivíduo residente ou procedente de área endêmica para esquistossomose, com quadro clínico sugestivo das formas aguda ou crônicas de esquistossomose, história de contato com águas onde existe o caramujo eliminando cercárias, e que apresente ovos viáveis de *Schistosoma mansoni* nas fezes.

Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual													
	2	Agravado/doença		ESQUISTOSSOMOSE										Código (CID10)	3	Data da Notificação	
	4	UF	5	Município de Notificação										Código (IBGE)			
	6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código		7	Data dos Primeiros Sintomas										
Notificação Individual	8	Nome do Paciente										9	Data de Nascimento				
	10	(ou) Idade	1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	11	Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado		12	Gestante		13	Raça/Cor						
	14	Escolaridade															
	15	Número do Cartão SUS		16	Nome da mãe												
Dados de Residência	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																	
Ant. Epid.	31	Data da Investigação		32	Ocupação												
Dados do Laboratório	33	Data da Coprocopia		34	Análise Quantitativa		35	Análise Qualitativa									
	36	OUTROS		37	Outros exames (especificar)												
Tratamento	38	Fez Tratamento?		39	Data do Tratamento		40	Caso não tenha feito tratamento, qual o motivo?									
	41	Resultado de Análise de Verificação de Cura		42	Data do Resultado da 3ª amostra												
Conclusão	43	Especificar Forma Clínica															
	44	O caso é autóctone do município de residência?										45	UF	46	País		
	47	Município		Código (IBGE)		48	Distrito		49	Bairro							
	50	Nome da Propriedade (se área rural)		51	Nome da Coleção Hídrica		52	Doença Relacionada ao Trabalho									
	53	Evolução do Caso		54	Data do Óbito		55	Data do Encerramento									
Investigador	Município/Unidade de Saúde										Cód. da Unid. de Saúde						
	Nome		Função		Assinatura												