

CASO SUSPEITO: Paciente com febre aguda (de até sete dias), de início súbito, com icterícia, procedente de área de risco para febre amarela ou de locais com ocorrência de epizootias em primatas não-humanos ou isolamento de vírus em vetores, nos últimos 15 dias, sem comprovação de ser vacinado contra febre amarela (apresentação do cartão de vacina).

Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual										
	2	Agravado/doença		Código (CID10)	3	Data da Notificação								
	FEBRE AMARELA		A 9 5.9											
	4	UF	5	Município de Notificação		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	1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	11	Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12	Gestante	13	Raça/Cor					
	14								Escolaridade					
Dados de Residência	15	Número do Cartão SUS		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														
Antecedentes Epidemiológicos	31	Data da Investigação		32		Ocupação								
	33	Informar os dados da investigação entomológica (mosquitos) e de epizootias												
Dados Clínicos	1- Sim 2- Não 9- Ignorado													
	34								Vacinado Contra Febre Amarela	35	Caso Afirmativo, Data	36	UF	
Atendimento	37	Município		Código (IBGE)		38	Unidade de Saúde		Código					
	39	Sinais e Sintomas		1-Sim 2-Não 9-Ignorado		39		Sinais hemorrágicos (hematêmese, melena, epistaxe, gengivorragia, etc.)		39		Distúrbios de excreção renal (oligúria e/ou anúria)		
Dados do Laboratório	40	Ocorreu Hospitalização?		1-Sim 2-Não 9-Ignorado		41	Data da Internação		42	UF				
	43	Município		Código (IBGE)		44	Unidade de Saúde		Código					
45												Exames Inespecíficos (anotar o maior valor encontrado, independente da data de coleta)		
Bilirrubina Total												mg/dl	AST (TGO)	UI
Bilirrubina Direta												mg/dl	ALT (TGP)	UI

Conclusão