

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual		2 Agravado/doença (Doenças causadas por protozoários complicando a gravidez, o parto e o puerpério) Toxoplasmose Gestacional		Código (CID10) O98.6	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 4 - Ano		11 Sexo F - Feminino	12 Gestante 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional Ignorada		13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado	
	14 Escolaridade 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª à 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica						
	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 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		30 País (se residente fora do Brasil)		
	Conclusão						
Conclusão	31 Data da Investigação		32 Classificação Final 1 - Confirmado 2 - Descartado		33 Critério de Confirmação/Descarte 1 - Laboratorial 2 - Clínico-Epidemiológico		
	Local Provável da Fonte de Infecção				34 O caso é autóctone do município de residência? 1-Sim 2-Não 3-Indeterminado		
	35 UF		36 País				
	37 Município		Código (IBGE)		38 Distrito		39 Bairro
	40 Doença Relacionada ao Trabalho 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		41 Evolução do Caso 1 - Cura/Melhora 2 - Óbito pelo agravo notificado 3 - Óbito por outras causas 9 - Ignorado				
	42 Data do Óbito		43 Data do Encerramento				
Informações complementares e observações							
Investigador	Resultado dos Exames Sorológicos						
	Manifestação Clínica						
	Exame(s) de Imagem e os principais achados						
	Conduta Terapêutica (Prescrição Médica e Execução)						
	Observações adicionais						
Investigador	Município/Unidade de Saúde				Cód. da Unid. de Saúde		
	Nome		Função		Assinatura		