

DADOS DA NOTIFICAÇÃO	2 Data da Notificação: <input type="text"/>	3 Tipo de Detecção: <input type="checkbox"/> 1-Passiva <input type="checkbox"/> 2-Ativa	4 Sintomas: <input type="checkbox"/> 1-Com sintomas <input type="checkbox"/> 2-Sem sintomas	5 UF Notificação: <input type="text"/>
	6 Município da Notificação: <input type="text"/>	7 Cód. Mun. Notificação: <input type="text"/>		
	8 Unidade Notificante: <input type="text"/>	9 Código da Unidade: <input type="text"/>		
	10 Nome do Agente Notificante: <input type="text"/>	11 Código do Agente: <input type="text"/>		

DADOS DO PACIENTE	12 Nome do Paciente: <input type="text"/>			
	13 Telefone com DDD: <input type="text"/>			14 Peso em kg: <input type="text"/>
	15 Nº Cartão Nacional de Saúde: <input type="text"/>		16 Data de Nascimento: <input type="text"/>	
	17 Idade: <input type="text"/> Dia <input type="checkbox"/> Mês <input type="checkbox"/> Ano			
	18 Sexo: <input type="checkbox"/> M-Masculino <input type="checkbox"/> F-Feminino	19 Paciente é Gestante? <input type="checkbox"/> 1-1º Trimestre <input type="checkbox"/> 2-2º Trimestre <input type="checkbox"/> 3-3º Trimestre <input type="checkbox"/> 4-Idade Gestacional ignorada <input type="checkbox"/> 5-Não <input type="checkbox"/> 6-Não se aplica		20 Está amamentando? <input type="checkbox"/> 1-Sim <input type="checkbox"/> 2-Não
	21 Se amamentando, há quanto tempo? <input type="text"/> Dia <input type="checkbox"/> Mês <input type="checkbox"/> Ano			
	22 Escolaridade: <input type="checkbox"/> 0-Analfabeto <input type="checkbox"/> 1-1º ao 5º ano incompleto do EF <input type="checkbox"/> 2-5º ano completo do EF <input type="checkbox"/> 3-6º ao 9º ano incompleto do EF <input type="checkbox"/> 4-Ensino fundamental completo <input type="checkbox"/> 5-Ensino médio incompleto <input type="checkbox"/> 6-Ensino médio completo <input type="checkbox"/> 7-Educação superior incompleta <input type="checkbox"/> 8-Educação superior completa <input type="checkbox"/> 10-Não se aplica			
	23 Raça/Cor: <input type="checkbox"/> 1-Branca <input type="checkbox"/> 2-Preta <input type="checkbox"/> 3-Amarela <input type="checkbox"/> 4-Parda <input type="checkbox"/> 5-Indígena	24 Nome da Mãe: <input type="text"/>		
25 Principal Atividade nos Últimos 15 Dias: <input type="checkbox"/> 1-Agricultura <input type="checkbox"/> 2-Pecuária <input type="checkbox"/> 3-Doméstica <input type="checkbox"/> 4-Turismo <input type="checkbox"/> 5-Garimpagem <input type="checkbox"/> 6-Exploração vegetal <input type="checkbox"/> 7-Caça/pesca <input type="checkbox"/> 8-Construção de estradas/barragens <input type="checkbox"/> 9-Mineração <input type="checkbox"/> 10-Viajante <input type="checkbox"/> 11-Outros				
26 Endereço do Paciente: <input type="text"/>			27 Outro País de Residência: <input type="text"/>	
28 UF Residência: <input type="text"/>		29 Município de Residência: <input type="text"/>		
30 Cód. Mun. Resid: <input type="text"/>				
31 Localidade de Residência: <input type="text"/>			32 Cód. Localid. Resid: <input type="text"/>	
33 Data dos Primeiros Sintomas: <input type="text"/>		34 Recebeu tratamento para malária vivax nos últimos 60 dias? <input type="checkbox"/> 1-Sim <input type="checkbox"/> 2-Não		
		35 Recebeu tratamento para malária falciparum nos últimos 40 dias? <input type="checkbox"/> 1-Sim <input type="checkbox"/> 2-Não		

LOCAL PROVÁVEL DA INFECÇÃO	36 Outro País Provável de Infecção: <input type="text"/>			37 UF Provável de Infecção: <input type="text"/>
	38 Município Provável de Infecção: <input type="text"/>			39 Cód. Mun. Provável Infecção: <input type="text"/>
	40 Localidade Provável de Infecção: <input type="text"/>			41 Cód. Localid. Prov. Infecção: <input type="text"/>

DADOS DOS EXAMES	42 Data do Exame: <input type="text"/>		43 Tipo de Exame: <input type="checkbox"/> 1-Gota espessa/Esfregaço <input type="checkbox"/> 2-Teste rápido <input type="checkbox"/> 3-Técnicas moleculares		44 Resultado do Exame: <input type="checkbox"/> 1-Negativo; <input type="checkbox"/> 2-F; <input type="checkbox"/> 3-F+FG; <input type="checkbox"/> 4-V; <input type="checkbox"/> 5-F+V; <input type="checkbox"/> 6-V+FG; <input type="checkbox"/> 7-FG; <input type="checkbox"/> 8-M; <input type="checkbox"/> 9-F+M; <input type="checkbox"/> 10-Ov; <input type="checkbox"/> 11-Não F	
	45 Parasitos por mm ³ : <input type="text"/>		46 Parasitemia em "cruzes": <input type="checkbox"/> 1- < +/2 (menor que meia cruz); <input type="checkbox"/> 2- +/2 (meia cruz); <input type="checkbox"/> 3- + (uma cruz); <input type="checkbox"/> 4- ++ (duas cruzes); <input type="checkbox"/> 5- +++ (três cruzes); <input type="checkbox"/> 6- ++++ (quatro cruzes)		47 Atividade G6PD: <input type="text"/> U/gHb	
	48 Hemoglobina Total: <input type="text"/> g/dl		49 Outros Hemoparasitos Pesquisados: <input type="checkbox"/> 1-Negativo <input type="checkbox"/> 2-Trypanosoma sp. <input type="checkbox"/> 3-Microfilária <input type="checkbox"/> 4-Trypanosoma sp.+Microfilária <input type="checkbox"/> 9-Não Pesquisados			
	50 Nome do Examinador: <input type="text"/>			51 Cód. Examinador: <input type="text"/>		

TRATAMENTO	52 Formas Sanguíneas: <input type="checkbox"/> 1-Cloroquina - 3 dias; <input type="checkbox"/> 2-Artemeter + Lumefantrina; <input type="checkbox"/> 3-Artesunato + Mefloquina; <input type="checkbox"/> 4-Artesunato injetável; <input type="checkbox"/> 5-Cloroquina semanal; <input type="checkbox"/> 6-Cloroquina - 3 dias + cloroquina - semanal; <input type="checkbox"/> 7-Outro: _____		53 Formas Teciduais / Gametócitos: <input type="checkbox"/> 0-Nenhum; <input type="checkbox"/> 1-Primaquina - 7 dias; <input type="checkbox"/> 2-Primaquina - 14 dias; <input type="checkbox"/> 3-Primaquina - dose única; <input type="checkbox"/> 4-Primaquina - semanal; <input type="checkbox"/> 5-Tafenoquina; <input type="checkbox"/> 6-Outro: _____		54 Data do Início do Tratamento: <input type="text"/>	
-------------------	---	--	---	--	---	--

SMS-UF MUNICÍPIO	12 Nome do Paciente: <input type="text"/>			17 Idade: <input type="text"/>		
	1 Nº da Notificação: <input type="text"/>		42 Data do Exame: <input type="text"/>		44 Resultado do Exame: <input type="text"/>	
			50 Nome do Examinador: <input type="text"/>			