

### PLANILHA PARA ACOMPANHAMENTO DE SURTO

|                            |                              |   |                |
|----------------------------|------------------------------|---|----------------|
| <b>1</b> Nº da notificação | <b>2</b> Data da notificação | <b>3</b> Agravado/ Doença                               | Código (CID10) |
| <b>4</b> UF                | <b>5</b> Município           | <b>6</b> Unidade de saúde (ou outra fonte notificadora) |                |

| Nº do caso | Iniciais do caso | UF Residência | Município de residência | Distrito | Bairro | Zona | Sexo | Idade                    | Data do início dos 1º sintomas | Ocorreu Hospitalização ? | Ocorreu óbito? | Classificação Final | Critério de Confirmação | Diagnóstico final - CID10 |
|------------|------------------|---------------|-------------------------|----------|--------|------|------|--------------------------|--------------------------------|--------------------------|----------------|---------------------|-------------------------|---------------------------|
|            |                  |               |                         |          |        |      |      | <input type="checkbox"/> |                                |                          |                |                     |                         |                           |
|            |                  |               |                         |          |        |      |      | <input type="checkbox"/> |                                |                          |                |                     |                         |                           |
|            |                  |               |                         |          |        |      |      | <input type="checkbox"/> |                                |                          |                |                     |                         |                           |
|            |                  |               |                         |          |        |      |      | <input type="checkbox"/> |                                |                          |                |                     |                         |                           |
|            |                  |               |                         |          |        |      |      | <input type="checkbox"/> |                                |                          |                |                     |                         |                           |
|            |                  |               |                         |          |        |      |      | <input type="checkbox"/> |                                |                          |                |                     |                         |                           |
|            |                  |               |                         |          |        |      |      | <input type="checkbox"/> |                                |                          |                |                     |                         |                           |
|            |                  |               |                         |          |        |      |      | <input type="checkbox"/> |                                |                          |                |                     |                         |                           |
|            |                  |               |                         |          |        |      |      | <input type="checkbox"/> |                                |                          |                |                     |                         |                           |
|            |                  |               |                         |          |        |      |      | <input type="checkbox"/> |                                |                          |                |                     |                         |                           |
|            |                  |               |                         |          |        |      |      | <input type="checkbox"/> |                                |                          |                |                     |                         |                           |
|            |                  |               |                         |          |        |      |      | <input type="checkbox"/> |                                |                          |                |                     |                         |                           |
|            |                  |               |                         |          |        |      |      | <input type="checkbox"/> |                                |                          |                |                     |                         |                           |
|            |                  |               |                         |          |        |      |      | <input type="checkbox"/> |                                |                          |                |                     |                         |                           |
|            |                  |               |                         |          |        |      |      | <input type="checkbox"/> |                                |                          |                |                     |                         |                           |
|            |                  |               |                         |          |        |      |      | <input type="checkbox"/> |                                |                          |                |                     |                         |                           |
|            |                  |               |                         |          |        |      |      | <input type="checkbox"/> |                                |                          |                |                     |                         |                           |
|            |                  |               |                         |          |        |      |      | <input type="checkbox"/> |                                |                          |                |                     |                         |                           |
|            |                  |               |                         |          |        |      |      | <input type="checkbox"/> |                                |                          |                |                     |                         |                           |
|            |                  |               |                         |          |        |      |      | <input type="checkbox"/> |                                |                          |                |                     |                         |                           |
|            |                  |               |                         |          |        |      |      | <input type="checkbox"/> |                                |                          |                |                     |                         |                           |
|            |                  |               |                         |          |        |      |      | <input type="checkbox"/> |                                |                          |                |                     |                         |                           |
|            |                  |               |                         |          |        |      |      | <input type="checkbox"/> |                                |                          |                |                     |                         |                           |
|            |                  |               |                         |          |        |      |      | <input type="checkbox"/> |                                |                          |                |                     |                         |                           |
|            |                  |               |                         |          |        |      |      | <input type="checkbox"/> |                                |                          |                |                     |                         |                           |
|            |                  |               |                         |          |        |      |      | <input type="checkbox"/> |                                |                          |                |                     |                         |                           |
|            |                  |               |                         |          |        |      |      | <input type="checkbox"/> |                                |                          |                |                     |                         |                           |
|            |                  |               |                         |          |        |      |      | <input type="checkbox"/> |                                |                          |                |                     |                         |                           |
|            |                  |               |                         |          |        |      |      | <input type="checkbox"/> |                                |                          |                |                     |                         |                           |

**7** Delimitação Espacial do Surto

1 - Residência                                  2 - Hospital / Unidade de Saúde                                  3 - Creche / Escola                                  4 - Asilo                                  5 - Outras Instituições (alojamento, trabalho)  
 6 - Restaurante/ Padaria (similares)                                  7 - Eventos                                  8 - Casos Dispersos no Bairro                                  9 - Casos Dispersos Pelo Município  
 10 - Casos Dispersos em mais de um Município                                  11 - Outros Especificar \_\_\_\_\_

Data do Encerramento do Surto:

**LEGENDA:**  
 Zona: 1-urbana 2-rural 3-periurbana 9-ignorado      Sexo: M-masculino F-feminino 9-ignorado  
 Idade: 1- Hora 2- Dia 3- Mês 4- Ano      Ocorreu hospitalização: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado  
 Ocorreu Óbito: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado      Classificação Final: 1-Confirmado 2-Descartado 3-Inconclusivo  
 Critério de Confirmação: 1- Laboratorial 2- Clínico-Epidemiológico 3- Clínico