

**FICHA DE NOTIFICAÇÃO/DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS**

<b>Dados Gerais</b>	<b>1</b> Tipo de Notificação 2 - Individual		
	<b>2</b> Agravado/doença <b>DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS</b> 1 - Síndrome do Corrimento Vaginal 2 - Síndrome da úlcera genital (excluída herpes genital) 3 - Síndrome do corrimento cervical 4 - Herpes genital (apenas o primeiro episódio) 5 - Condiloma acuminado (verrugas anogenitais)	<b>Código (CID10)</b> A.59 N48.5 N72 A80 A63.0	<b>3</b> Data da Notificação
	<b>4</b> UF	<b>5</b> Município de Notificação	<b>Código (IBGE)</b>
	<b>6</b> Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	<b>Código</b>	<b>7</b> Data dos Primeiros Sintomas
	<b>8</b> Nome do Paciente		
	<b>9</b> Data de Nascimento		
	<b>Notificação Individual</b>	<b>10</b> (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	<b>11</b> Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado
<b>13</b> Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado			
<b>14</b> 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			
<b>15</b> Número do Cartão SUS		<b>16</b> Nome da mãe	
<b>17</b> UF <b>18</b> Município de Residência <b>Código (IBGE)</b> <b>19</b> Distrito			
<b>Dados de Residência</b>	<b>20</b> Bairro	<b>21</b> Logradouro (rua, avenida,...)	<b>Código</b>
	<b>22</b> Número	<b>23</b> Complemento (apto., casa, ...)	<b>24</b> Geo campo 1
	<b>25</b> Geo campo 2	<b>26</b> Ponto de Referência	<b>27</b> CEP
	<b>28</b> (DDD) Telefone	<b>29</b> Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	<b>30</b> País (se residente fora do Brasil)

**Informações complementares e observações**

<b>Observações adicionais</b>

<b>Investigador</b>	Município/Unidade de Saúde	<b>Cód. da Unid. de Saúde</b>	
	Nome	Função	Assinatura
	Notificação/DST's		Sinan NET