

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação		2 - Individual		Notificação		Data Diagnóstico	
	2 Agravado/doença				Código (CID10)		3 Data da Notificação	
	HANSEIASE				A30.9			
Notificação Individual	4 UF		5 Município de Notificação				Código (IBGE)	
							500270	
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)				Código CNES		7 Data de Diagnóstico	
Dados de Residência	8 Nome do Paciente							9 Data de Nascimento
	10 (ou) idade		11 Sexo M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> I - Ignorado		12 Gestante		13 Raça/Cor	
	1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano				1 - 1º Trimestre 2 - 2º Trimestre 3 - 3º Trimestre 4 - Idade gestacional Ignorada 5 - Não 6 - Não se aplica 9 - Ignorado		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 a 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 <input type="checkbox"/> 3 - Periurbana 9 - Ignorado		30 País (se residente fora do Brasil)	

Dados Complementares do Caso							
Ocupação	31 Nº do Prontuário			32 Ocupação			
Dados Clínicos	33 Nº de Lesões Cutâneas		34 Forma Clínica		35 Classificação Operacional		36 Nº de Nervos afetados
			1 - J 2 - T 3 - D 4 - V 5 - Não classificado		1 - PB 2 - MB		
Atendimento	37 Avaliação do Grau de Incapacidade Física no Diagnóstico						
	0 - Grau Zero 1 - Grau I 2 - Grau II 3 - Não Avaliado						
	38 Modo de Entrada						
Dados Lab.	1 - Caso Novo 2 - Transferência do mesmo município (outra unidade) 3 - Transferência de Outro Município (mesma UF) 4 - Transferência de Outro Estado 5 - Transferência de Outro País 6 - Recidiva 7 - Outros Reingressos 9 - Ignorado						
	39 Modo de Detecção do Caso Novo						
Tratamento	1 - Encaminhamento 2 - Demanda Espontânea 3 - Exame de Coletividade 4 - Exame de Contatos 5 - Outros Modos 9 - Ignorado						
	40 Baciloscopia						
Med. Contr.	1 - Positiva 2 - Negativa 3 - Não realizada 9 - Ignorado						
	41 Data do Início do Tratamento		42 Esquema Terapêutico Inicial				
		1 - PQT/PBI/ 6 doses 2 - PQT/MB/ 12 doses 3 - Outros Esquemas Substitutos					
43 Número de Contatos Registrados							

Observações adicionais:

Dados Complementares do Caso

1 UF	2 Município de Notificação Atual	Código (IBGE)	3 N° Notificação Atual
MS			
4 Data da Notificação Atual	5 Unidade de Saúde Atual	Código	
10/01/2013			
6 UF	7 Município de Residência Atual	Código (IBGE)	8 CEP
9 Distrito de Residência Atual	10 Bairro de Residência Atual		
11 Data do último comparecimento	12 Classificação operacional atual		
	1-PB (Paucibacilar) 2-MB (Multibacilar)		
13 Avaliação de incapacidade física no momento da cura	14 Esquema Terapêutico Atual	15 Número de doses supervisionadas	
0-Grau zero 1-Grau I 2-Grau II 3-Não avaliado	1 - PQT/PB/6 doses 2 - PQT/MB/12 doses 3-Outros Esquemas substitutivos		
16 Episódio reacional durante o tratamento	17 Data de mudança do esquema	18 Número de contz examinados	
1-Reação tipo 1 2-Reação tipo 2 3-Reação tipo 1 e 2 4-Sem reação			
19 Tipo de saída	3 - Transf. para outro município		
1 - Cura 2 - Transf. para o mesmo município 4 - Transf. para o outro Estado 5 - Transf. para o outro país 6 - Óbito 7 - Abandono 8 - Erro diagnóstico			
20 Data da alta			