



Nº

Requisitante	1	Laboratório	Código	2	Data de Entrada	
	3	Município de Notificação	Código IBGE			
	4	Unidade de Saúde	Código (SIA/SUS)			
	5	Endereço	6	(DDD) Telefone		
Paciente/Exames	7	Nome do Paciente	8	Número do Cartão SUS		
	9	Data de Nascimento	10	(ou) Idade	D - dias M - meses A - anos	
					11	Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado
	12	Suspeita Clínica	Gestante com exantema () RN com Microcefalia () Puérpera - RN com Microcefalia ()			
	13	Caso 1-Suspeito 2-Comunicante 9-Ignorado	14	Data dos Primeiros Sintomas	15	Exame sorologia para Zika Virus 2a amostra
	16	Material Enviado () sangue () urina	17	Data da Coleta	18	Uso de Antibiótico na Data da Coleta 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado
19	Gestante <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado	20	Paciente tomou vacina? se sim, especificar:		Data	
21	Requisitante			22	Data	

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: