



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 rt PCR e sorologia para Dengue e Zika Virus
	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: