

CASO SUSPEITO DE SARAMPO: Todo paciente que apresentar febre e exantema maculopapular, acompanhados de um ou mais dos seguintes sinais e sintomas: tosse e/ou coriza e/ou conjuntivite, independente da idade e da situação vacinal.

CASO SUSPEITO DE RUBÉOLA: Todo paciente que apresente febre e exantema maculopapular, acompanhado de linfadenopatia retroauricular, occipital e cervical, independente da idade e da situação vacinal.

Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual				
	2	Agravado/doença		1- SARAMPO	<input type="checkbox"/>	Código (CID10)	3 Data da Notificação	
			DOENÇAS EXANTEMÁTICAS		2- RUBÉOLA	B 0 9		
	4 UF	5	Município de Notificação		Código (IBGE)			
Notificação Individual	6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código		7	Data dos Primeiros Sintomas	
	8	Nome do Paciente				9	Data de Nascimento	
	10 (ou) Idade	1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12 Gestante	1-1ºTrimestre 2-2ºTrimestre 3-3ºTrimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado	13 Raça/Cor	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						
Dados de Residência	15	Número do Cartão SUS		16	Nome da mãe			
	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 3 - Periurbana 9 - Ignorado	30	País (se residente fora do Brasil)	
Dados Complementares do Caso								
Antecedentes Epidemiológicos	31	Data da Investigação		32	Ocupação			
	33	Tomou Vacina Contra Sarampo e Rubéola (dupla ou triviral)				<input type="checkbox"/>	34	Data da Última Dose
	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado							
	35	Contato Com Caso Suspeito ou Confirmado de Sarampo ou Rubéola (até 23 dias antes do início dos sinais e sintomas)						<input type="checkbox"/>
Dados Clínicos	1 - Domicílio 2 - Vizinhança 3 - Trabalho 4 - Creche/Escola 5 - Posto de Saúde/Hospital 6 - Outro Estado/Município 7 - Sem História de Contato 8 - Outro país 9 - Ignorado							
	36	Nome do Contato						
	37	Endereço do contato (Rua, Av., Apto., Bairro, Localidade, etc)						
	38	Data do Início do Exantema (manchas vermelhas no corpo)		39	Data do Início da Febre			
40 Outros Sinais e Sintomas 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado								
<input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Artralgia/Artrite (dores nas juntas) <input type="checkbox"/> Coriza (nariz escorrendo) <input type="checkbox"/> Presença de Gânglios Retroauriculares/ Occipitais (caroços atrás da orelha/pescoço) <input type="checkbox"/> Conjuntivite (olhos avermelhados) <input type="checkbox"/> Dor Retro-Ocular (dor acima/atrás dos olhos)								

Atendimento	41 Ocorreu Hospitalização <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			42 Data da Internação			43 UF					
	44 Município do Hospital			Código (IBGE)			45 Nome do Hospital			Código		
Dados do Laboratório	Exame Sorológico											
	46 Data da Coleta da 1ª Amostra (S1)						47 Data da Coleta da 2ª Amostra (S2)					
	48 Resultado			Sarampo IgM IgG			Rubéola IgM IgG			Outras Exantemáticas <input type="checkbox"/> IgM IgG		
	1 - Reagente 2 - Não Reagente 3 - Inconclusivo 4 - Não Realizado			S1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> S2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Re-Teste <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			S1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> S2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Re-Teste <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			S1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> S2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Re-Teste <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 - Dengue 2 - Parvovírus B19 3 - Herpes vírus 6 4 - Outras		
Dados do Laboratório	Isolamento Viral											
	49 Amostra clínica coletada						1 - Sim 2 - Não 9- Ignorado					
	1 - Sangue Total						3 - Urina					
Medidas de Controle	50 Etiologia Viral											
	1 - Vírus Sarampo Selvagem 2 - Vírus Sarampo Vacinal 3 - Vírus Rubéola Selvagem 4 - Vírus Rubéola Vacinal 5 - Dengue 6 - Herpes Vírus Tipo 6 7 - Parvovírus B19 8 - Enterovírus 9 - Outras 10 - Não detectado											
	51 Realizou Bloqueio Vacinal <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 3 - Não, todos vacinados 4 - Não, sem história de contato 9- Ignorado						52 Em caso afirmativo, indique a quantidade de pessoas vacinadas Menor de 5 anos De 5 a 14 anos De 15 a 39 anos					
Conclusão	53 Especifique Intervalo de Tempo											
	1 - Em até 72 horas 2- Após 72 horas 9- Ignorado											
	54 Classificação Final <input type="checkbox"/> 1 - Sarampo 2 - Rubéola 3 - Descartado						55 Critério de Confirmação ou Descarte <input type="checkbox"/> 1 - Laboratorial 2 - Clínico-epidemiológico 3 - Clínico 4 - Data da Última Dose da Vacina					
	56 Classificação final do caso descartado <input type="checkbox"/> 1 - Dengue 2 - Escarlatina 3 - Exantema Súbito (Herpes Vírus Tipo 6) 4 - Eritema Infeccioso (Parvovírus B19) 5 - Enterovirose 6 - Evento Temporal Relacionado à Vacina 7 - IgM associado temporalmente à vacina 8 - Sem soroconversão dos anticorpos IgG 9 - Ignorado											
Conclusão	Local Provável da Fonte de Infecção (no período de 7 a 18 dias para sarampo e 12 a 23 dias para rubéola)											
	57 O caso é autóctone do município de residência? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 3-Indeterminado						58 UF 59 País					
	60 Município						Código (IBGE)					
	61 Distrito						62 Bairro					
Conclusão	63 Evolução do Caso <input type="checkbox"/> 1-Cura 2-Óbito por doenças exantemáticas 3-Óbito por outras causas 9-Ignorado						64 Data do Óbito					
	65 Data do Encerramento											

Informações complementares e observações

Deslocamento (datas e locais frequentados no período de 7 a 23 dias anteriores ao início de sinais e sintomas)

Data	UF	MUNICÍPIO	País	Meio de Transporte

Observações Adicionais

Investigador	Município/Unidade de Saúde		Cód. da Unid. de Saúde	
	Nome		Assinatura	
	Função		SVS 13/09/2006	