

SES: (Periodicidade de notificação – Até 24 Horas) Nº

Campo de preenchimento do enfermeiro: O prazo de notificação no SINAN foi cumprido?

() Sim () Não

SINAN

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

CASO SUSPEITO: Todo recém-nascido cuja mãe foi caso suspeito, confirmado de rubéola ou contato de caso confirmado de rubéola, durante a gestação ou;
Toda criança até 12 meses de idade que apresente sinais clínicos e compatíveis com infecção congênita pelo vírus da rubéola, independente da história materna.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual		2 Agravado/doença SÍNDROME DA RUBÉOLA CONGÊNITA		Código (CID10) P 3 5. 0	3 Data da Notificação																											
	4 UF	5 Município de Notificação			Código (IBGE)																												
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)			Código	7 Data do Diagnóstico																												
	8 Nome do Paciente						9 Data de Nascimento																										
Notificação Individual	10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12 Gestante		13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9-Ignorado																												
	14 Escolaridade			15 Número do Cartão SUS																													
	16 Nome da mãe			17 UF																													
	18 Município de Residência			Código (IBGE)	19 Distrito																												
Dados de Residência	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 da Criança																																
	Ant. Epid.	31 Data da Investigação		32 Recém Nascido 1 - A Termo 2 - Prematuro (< 37 Semanas) 9 - Ignorado		33 Peso ao Nascer gramas																											
34 Sinais Maiores - Grupo I 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Catarata <input type="checkbox"/> Retinopatia Pigmentar <input type="checkbox"/> Glaucoma Congênito <input type="checkbox"/> Deficiência Auditiva <input type="checkbox"/> Cardiopatia Congênita			35 Sinais Menores - Grupo II 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Retardo Psico-Motor <input type="checkbox"/> Microcefalia <input type="checkbox"/> Meningoencefalite <input type="checkbox"/> Hepatoesplenomegalia <input type="checkbox"/> Icterícia <input type="checkbox"/> Púrpura <input type="checkbox"/> Alterações Ósseas																														
Dados do Exame Laboratorial da Criança	Coleta de Sangue																																
	36 Data da Coleta da 1ª Amostra		37 Data da Coleta da 2ª Amostra		38 Data da Coleta da 3ª Amostra																												
	39 Resultado dos Exames Sorológicos																																
	<table style="width: 100%;"> <tr> <td>1 - Reagente</td> <td>IgM</td> <td>IgG</td> <td>IgM</td> <td>IgG</td> <td>IgM</td> <td>IgG</td> </tr> <tr> <td>2 - Não Reagente</td> <td>S1</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>S2</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>3 - Inconclusivo</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>S3</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>4 - Não Realizado</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>						1 - Reagente	IgM	IgG	IgM	IgG	IgM	IgG	2 - Não Reagente	S1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	S2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 - Inconclusivo					S3	<input type="checkbox"/>	4 - Não Realizado					
1 - Reagente	IgM	IgG	IgM	IgG	IgM	IgG																											
2 - Não Reagente	S1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	S2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																											
3 - Inconclusivo					S3	<input type="checkbox"/>																											
4 - Não Realizado																																	
Deteção Viral																																	
40 Amostra Clínica 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		<input type="checkbox"/> Sangue Total <input type="checkbox"/> Secreção Nasofaríngea		<input type="checkbox"/> Urina <input type="checkbox"/> Liquor																													
41 Resultado 1 - Vírus Rubéola Selvagem 3 - Outros vírus 2 - Vírus Rubéola Vacinal 4 - Não detectado																																	

VISTORIA DO ENFERMEIRO: DATA _____ ASSINATURA _____