SES: (Periodicidade de notificação – Até 24 Horas) N°	
---	--

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 1 Tipo de Notificação 2 - Individual Código (CID10) 3 Data da Notificação 2 Agravo/doença Gerais SÍNDROME DA RUBÉOLA CONGÊNITA P 3 5. 0 **4** UF Dados Código (IBGE) 5 Município de Notificação 7 Data do Diagnóstico Código 6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) 9 Data de Nascimento 8 Nome do Paciente Notificação Individual 12 Gestante 13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 5-Indiaena 14 Escolaridade 15 Número do Cartão SUS 16 Nome da mãe Código (IBGE) 17 UF 18 Município de Residência 19 Distrito 20 Bairro Código 21 Logradouro (rua, avenida,...) 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 30 País (se residente fora do Brasil) 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado Dados Complementares da Criança 33 Peso ao Nascer 31 Data da Investigação 32 Recém Nascido Ant. Epid. 1 - A Termo 2 - Prematuro (< 37 Semanas) 9 - Ignorado gramas 34 Sinais Maiores - Grupo I 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado 35 Sinais Menores - Grupo II 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado Retardo Psico-Motor Púrpura Dados Clínicos Microcefalia Retinopatia Pigmentar Alterações Ósseas Glaucoma Congênito Meningoencefalite Deficiência Auditiva Hepatoesplenomegalia Cardiopatia Congênita Coleta de Sangue Dados do Exame Laboratorial da Criança 37 Data da Coleta da 2ª Amostra 36 Data da Coleta da 1ª Amostra 38 Data da Coleta da 3ª Amostra 39 Resultado dos Exames Sorológicos 1 - Reagente ΙgΜ IgG IgM lgG lgG IaM 2 - Não Reagente **S1** S2 3 - Inconclusivo 4 - Não Realizado Detecção Viral Sangue Total 41 Resultado 40 Amostra Clínica Urina 1 - Vírus Rubéola Selvagem 3 - Outros vírus 1 - Sim 2 - Não 9- Ignorado Secreção Nasofaríngea Liquor

4 - Não detectado

svs

27/09/2005

2 - Vírus Rubéola Vacinal

Med. de Controle	Bloqueio Vacinal de Contatos 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
Me	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
a Mãe	Idade da Mãe	
Dados Complementares da Mãe	46 Data da Última Dose da Vacina 1 - Apresentou Sintomas 2 - Não Apresentou Sintomas de Rubéola 9 - Ignorado	
	Período da Gestação em que foi Acometida/Exposta 1 - 1º Trimestre 2 - 2º Trimestre 3 - 3º Trimestre 9 - Ignorado	
Dados (Critério de Confirmação de Diagnóstico da mãe 1 - Laboratório 2 - Vínculo-Epidemiológico 3 - Clínico	
Evolução da Criança	50 Classificação Final 1 - Confirmado 2 - Infecção Congênita 3 - Descartado 51 Critério de Confirmação/Descarte 1 - Toxoplasmose 3 - Sífilis Congênita 2 - Clínico 9 - Ignorado 52 Diagnóstico de Descarte 1 - Toxoplasmose 3 - Sífilis Congênita 2 - Citomegalovírus 4 - Outras	
Ev da (53 Evolução 1 - Alta 2 - Óbito por SRC 3 - Óbito por outras causas 9 -Ignorado 54 Data do Óbito 55 Data do Encerramento	
	Informações complementares e observações	
Anotar o número do prontuário da criança:		
Obser	vações Adicionais:	
	, Município/Unidade de Saúde , Cód. da Unid. de Saúde	
zadoı		
Investigador	Nome Função Assinatura	
	Síndrome da Rubéola Congênita Sinan NET SVS 27/09/2005	
\/ICT	TODIA DO ENTERNACIDO: DATA	
VISI	ORIA DO ENFERMEIRO: DATA ASSINATURA	