



Nº _____

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: **DOENÇAS EXANTEMÁTICAS 1- SARAMPO 2- RUBÉOLA** Código (CID10): **B 0 9**

3 Data da Notificação: _____

4 UF: _____ 5 Município de Notificação: _____ Código (IBGE): _____

6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora): _____ Código: _____ 7 Data dos Primeiros Sintomas: _____

Notificação Individual

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: 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 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 à 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

15 Número do Cartão SUS: _____ 16 Nome da mãe: _____

Dados de Residência

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): 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

34 Data da Última Dose: _____

35 Contato Com Caso Suspeito ou Confirmado de Sarampo ou Rubéola (até 23 dias antes do início dos sinais e sintomas): 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): _____

Dados Clínicos

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

Tosse Artralgia/Artrite (dores nas juntas)

Coriza (nariz escorrendo) Presença de Gânglios Retroauriculares/ Occipitais (caroços atrás da orelha/pescoço)

Conjuntivite (olhos avermelhados) Dor Retro-Ocular (dor acima/atrás dos olhos)

Atendimento

41 Ocorreu Hospitalização 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

1 - Reagente 2 - Não Reagente 3 - Inconclusivo 4 - Não Realizado	Sarampo		Rubéola		Outras Exantemáticas		<input type="checkbox"/> 1 - Dengue 2 - Parvovírus B19 3 - Herpes vírus 6 4 - Outras
	IgM	IgG	IgM	IgG	IgM	IgG	
	S1	<input type="checkbox"/>	S1	<input type="checkbox"/>	S1	<input type="checkbox"/>	
	S2	<input type="checkbox"/>	S2	<input type="checkbox"/>	S2	<input type="checkbox"/>	
	Re-Teste	<input type="checkbox"/>	Re-Teste	<input type="checkbox"/>	Re-Teste	<input type="checkbox"/>	

Isolamento Viral

49 Amostra clínica coletada

<input type="checkbox"/> 1 - Sangue Total	<input type="checkbox"/> 3 - Urina
<input type="checkbox"/> 2 - Secreção Nasofaríngea	<input type="checkbox"/> 4 - Líquor

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

Medidas de Controle

51 Realizou Bloqueio Vacinal

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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De 5 a 14 anos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De 15 a 39 anos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

53 Especifique Intervalo de Tempo

1 - Em até 72 horas	<input type="checkbox"/>
2 - Após 72 horas	<input type="checkbox"/>
9 - Ignorado	<input type="checkbox"/>

Conclusão

54 Classificação Final

1 - Sarampo	<input type="checkbox"/>
2 - Rubéola	<input type="checkbox"/>
3 - Descartado	<input type="checkbox"/>

(não)

55 Critério de Confirmação ou Descarte

1 - Laboratorial	2 - Clínico-epidemiológico	3 - Clínico	4 - Data da Última Dose da Vacina
------------------	----------------------------	-------------	-----------------------------------

56 Classificação final do caso descartado

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

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?

58 UF _____ 59 País _____

60 Município _____ Código (IBGE) _____ 61 Distrito _____ 62 Bairro _____

63 Evolução do Caso

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 _____ Função _____ Assinatura _____