



**CASO SUSPEITO DE SARAMPO:** TODO PACIENTE QUE APRESENTAR FEBRE E EXANTEMA MACULOPAPULAR, ACOMPANHADOS DE UM OU MAIS DOS SEGUINTE 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 LINFOADENOPATIA RETROAURÍCULAR, OCCIPITAL E CERVICAL, INDEPENDENTE DA IDADE E DA SITUAÇÃO VACINAL.

<b>DADOS GERAIS</b>	1) TIPO DE NOTIFICAÇÃO 2 - INDIVIDUAL		2) AGRAVO / DOENÇA <b>DOENÇAS EXANTEMÁTICAS</b> 1 - SARAMPO <input type="checkbox"/> 2 - RUBÉOLA		CÓDIGO (CID 10) <b>B09</b>	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	
	8) NOME DO PACIENTE					9) DATA DE NASCIMENTO
<b>NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL</b>	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 4 - PARDA 2 - PRETA 5 - INDÍGENA 3 - AMARELA 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					
	15) NÚMERO DO CARTÃO SUS			16) NOME DA MÃE		
	17) UF	18) MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		CÓDIGO (IBGE)	19) DISTRITO	
<b>DADOS DE RESIDÊNCIA</b>	20) LOGRADOURO (RUA, AVENIDA,...)					CÓDIGO
	21) NÚMERO	22) COMPLEMENTO (APTO, CASA,...)		23) BAIRRO	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)		
<b>ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS</b>	<b>DADOS COMPLEMENTARES DO CASO</b>					
	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)						
<b>DADOS CLÍNICOS</b>	38) DATA DO INÍCIO DO EXANTEMA (MANCHAS VERMELHAS NO CORPO)		40) OUTROS SINAIS E SINTOMAS 1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO			
	39) DATA DO INÍCIO DA FEBRE		<input type="checkbox"/> TOSSE	<input type="checkbox"/> ARTRALGIA / ARTRITE (DORES NAS JUNTAS)		
		<input type="checkbox"/> CORIZA (NARIZ ESCORRENDO)	<input type="checkbox"/> PRESENÇA DE GÂNGLIOS RETROAURÍCULARES / OCCIPITAIS (CAROÇOS ATRÁS DA ORELHA/PESCOÇO)			
		<input type="checkbox"/> CONJUNTIVITE (OLHOS AVERMELHADOS)	<input type="checkbox"/> DOR RETRO-OCULAR (DOR ACIMA/ATRÁS DOS OLHOS)			

<b>ATENDIMENTO</b>	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		
<b>DADOS DO LABORATÓRIO</b>	<b>EXAME SOROLÓGICO</b>									
	46) DATA DA COLETA DA 1ª AMOSTRA (S1)				47) DATA DA COLETA DA 2ª AMOSTRA (S2)					
	48) RESULTADO									
	1 - REAGENTE		SARAMPO		RUBÉOLA		OUTRAS EXANTEMÁTICAS		<input type="checkbox"/>	
	2 - NÃO REAGENTE		IgM      IgG		IgM      IgG		IgM      IgG		1 - DENGUE	
3 - INCONCLUSIVO		S1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		S1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		S1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		2 - PARVOVÍRUS B19		
4 - NÃO REALIZADO		S2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		S2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		S2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		3 - HERPES VÍRUS 6		
		RE-TESTE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		RE-TESTE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		RE-TESTE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		4 - OUTRAS		
<b>ISOLAMENTO VIRAL</b>										
49) AMOSTRA CLÍNICA COLETADA										
1 - SIM		2 - NÃO		9 - IGNORADO		<input type="checkbox"/> 1 - SANGUE TOTAL		<input type="checkbox"/> 3 - URINA		
						<input type="checkbox"/> 2 - SECREÇÃO NASOFARÍNGEA		<input type="checkbox"/> 4 - LIQUOR		
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				53) ESPECIFIQUE INTERVALO DE TEMPO						
MENOR DE 5 ANOS				1 - EM ATÉ 72 HORAS <input type="checkbox"/>						
DE 5 A 14 ANOS				2 - APÓS 72 HORAS <input type="checkbox"/>						
DE 15 A 39 ANOS				9 - IGNORADO						
54) CLASSIFICAÇÃO FINAL <input type="checkbox"/>										
1 - SARAMPO		2 - RUBÉOLA		3 - DESCARTADO		55) CRITÉRIO DE CONFIRMAÇÃO OU DESCARTE <input type="checkbox"/>		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 - ENTEROVÍRUS		
6 - EVENTO TEMPORAL RELACIONADO À VACINA		7 - IgM ASSOCIAÇÃO TEMPORALMENTE À VACINA		8 - SEM SOROCONVERSÃO DOS ANTICORPOS IgG		9 - IGNORADO				
<b>LOCAL PROVÁVEL DA FONTE DE INFECÇÃO (NO PERÍODO DE 7 A 18 DIAS PARA SARAMPO E 12 A 23 DIAS PARA RUBÉOLA)</b>										
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		
63) EVOLUÇÃO DO CASO <input type="checkbox"/>										
1 - CURA		2 - ÓBITO POR DOENÇAS EXANTEMÁTICAS		64) DATA DO ÓBITO		65) DATA DO ENCERRAMENTO				
2 - ÓBITO POR OUTRAS CAUSAS		9 - IGNORADO								
<b>INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES E OBSERVAÇÕES</b>										
<b>DESLOCAMENTO (DATAS E LOCAIS FREQUENTADOS NO PERÍODO DE 7 A 23 DIAS ANTERIORES AO INÍCIO DE SINAIS E SINTOMAS)</b>										
DATA		UF		MUNICÍPIO		PAÍS		MEIO DE TRANSPORTE		
OBSERVAÇÕES ADICIONAIS										
<b>INVESTIGADOR</b>	MUNICÍPIO / UNIDADE DE SAÚDE						CÓD. DA UNID. DE SAÚDE			
	NOME			FUNÇÃO			ASSINATURA			