

**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.

<b>Dados Gerais</b>	1 Tipo de Notificação		2 - Individual	
	2 Agravado/doença		1- SARAMPO <input type="checkbox"/>	
	<b>DOENÇAS EXANTEMÁTICAS</b>		2- RUBÉOLA <input type="checkbox"/>	
	4 UF		3 Data da Notificação	
5 Município de Notificação		Código (CID10)		
		<b>B 0 9</b>		
6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		7 Data dos Primeiros Sintomas		
		Código		
		Código (IBGE)		

<b>Notificação Individual</b>	8 Nome do Paciente		9 Data de Nascimento	
	10 (ou) Idade		11 Sexo	
	1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano		M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	
	12 Gestante		13 Raça/Cor	
	1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado		1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado	
14 Escolaridade		15 Número do Cartão SUS		
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		16 Nome da mãe		

<b>Dados de Residência</b>	17 UF		18 Município de Residência	
			Código (IBGE)	
	19 Distrito		20 Bairro	
			Código	
	21 Logradouro (rua, avenida,...)		22 Número	
			Código	
	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**

<b>Antecedentes Epidemiológicos</b>	31 Data da Investigação		32 Ocupação	
	33 Tomou Vacina Contra Sarampo e Rubéola (dupla ou triviral)		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)		36 Nome do Contato	
	1 - Domicílio 2 - Vizinhaça 3 - Trabalho 4 - Creche/Escola 5 - Posto de Saúde/Hospital 6 - Outro Estado/Município 7 - Sem História de Contato 8 - Outro país 9 - Ignorado			
37 Endereço do contato (Rua, Av., Apto., Bairro, Localidade, etc)				

<b>Dados Clínicos</b>	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  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	Rubéola	Outras Exantemáticas
	IgM IgG	IgM IgG	IgM IgG
1 - Reagente	S1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	S1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	S1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2 - Não Reagente			
3 - Inconclusivo	S2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	S2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	S2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4 - Não Realizado			
	Re-Teste <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Re-Teste <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

**Isolamento Viral**

49 Amostra clínica coletada  1 - Sangue Total  3 - Urina   
 2 - Secreção Nasofaríngea  4 - Liquor

1 - Sim 2 - Não 9- Ignorado

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 \_\_\_\_\_  
De 5 a 14 anos \_\_\_\_\_  
De 15 a 39 anos \_\_\_\_\_

53 Especifique Intervalo de Tempo   
1 - Em até 72 horas  
2 - Após 72 horas  
9- Ignorado

**Conclusão**

54 Classificação Final   
1 - Sarampo  
2 - Rubéola  
3 - Descartado

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?  1-Sim 2-Não 3-Indeterminado

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 \_\_\_\_\_