

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 Agravo/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		
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	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			
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 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
	Dados Clínicos	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 border="0"> <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><input type="checkbox"/></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						<input type="checkbox"/>
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						<input type="checkbox"/>																								
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																											

Med. de Controle	42 Bloqueio Vacinal de Contatos <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		43 Isolamento do Recém-Nascido na Maternidade <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
	44 Idade da Mãe _ _ _ _ 		45 Vacinação 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Tríplice Viral (sarampo, caxumba e rubéola) <input type="checkbox"/> Rubéola (monovalente) <input type="checkbox"/> Dupla Viral (sarampo, rubéola)	
Dados Complementares da Mãe	46 Data da Última Dose da Vacina _ _ _ _ 		47 Sinais e Sintomas <input type="checkbox"/> 1 - Apresentou Sintomas de Rubéola 2 - Não Apresentou Sintomas de Rubéola 9 - Ignorado	
	48 Período da Gestação em que foi Acometida/Exposta 1 - 1º Trimestre 2 - 2º Trimestre 3 - 3º Trimestre 9 - Ignorado		49 Critério de Confirmação de Diagnóstico da mãe <input type="checkbox"/> 1 - Laboratório 2 - Vínculo-Epidemiológico 3 - Clínico	
	50 Classificação Final <input type="checkbox"/> 1 - Confirmado 2 - Infecção Congênita 3 - Descartado		51 Critério de Confirmação/Descarte <input type="checkbox"/> 1 - Laboratorial 2 - Clínico 9 - Ignorado	
Evolução da Criança	52 Diagnóstico de Descarte <input type="checkbox"/> 1 - Toxoplasmose 3 - Sífilis Congênita 2 - Citomegalovírus 4 - Outras _____		53 Evolução <input type="checkbox"/> 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:

Observações Adicionais:

Investigador	Município/Unidade de Saúde	Cód. da Unid. de Saúde	
	Nome	Função	Assinatura
	Síndrome da Rubéola Congênita	Sinan NET	SVS 27/09/2005