

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 43 Isolamento do Recém-Nascido na Maternidade
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

Dados Complementares da Mãe

44 Idade da Mãe 45 Vacinação 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado
 Tríplice Viral (sarampo, caxumba e rubéola) Rubéola (monovalente) Dupla Viral (sarampo, rubéola)

46 Data da Última Dose da Vacina 47 Sinais e Sintomas
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
1 - Laboratório 2 - Vínculo-Epidemiológico 3 - Clínico

Evolução da Criança

50 Classificação Final 51 Critério de Confirmação/Descarte 52 Diagnóstico de Descarte
1 - Confirmado 2 - Infecção Congênita 1 - Laboratorial 2 - Clínico 9 - Ignorado 1 - Toxoplasmose 3 - Sífilis Congênita
3 - Descartado 2 - Citomegalovírus 4 - Outras _____

53 Evolução 54 Data do Óbito 55 Data do Encerramento
1 - Alta 2 - Óbito por SRC 9 - Ignorado

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