

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 <input type="checkbox"/> Código (CID10) B 0 9 3 Data da Notificação		
	4 UF	5 Município de Notificação Código (IBGE)	
Notificação Individual	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) Código 7 Data dos Primeiros Sintomas		
	8 Nome do Paciente 9 Data de Nascimento		
	10 (ou) Idade <input type="checkbox"/> 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano 11 Sexo M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino I - Ignorado 12 Gestante <input type="checkbox"/> 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 13 Raça/Cor <input type="checkbox"/> 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado		
14 Escolaridade <input type="checkbox"/> 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	
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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/>		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 - Vizinhaça 3 - Trabalho 4 - Creche/Escola <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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

46 Data da Coleta da 1ª Amostra (S1) 47 Data da Coleta da 2ª Amostra (S2)

48 Resultado

	Sarampo	Rubéola	Outras Exantemáticas <input type="checkbox"/>
	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"/>

Isolamento Viral

49 Amostra clínica coletada 1 - Sangue Total 3 - Urina

1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado 2 - Secreção Nasofaríngea 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

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

Doenças Exantemáticas Sinan NET SVS 13/09/2006