

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 | | 1- SARAMPO <input type="checkbox"/> 2- RUBÉOLA <input type="checkbox"/> | |
| | 4 UF | | 5 Município de Notificação | |
| | 6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) | | 7 Data dos Primeiros Sintomas | |
| Notificação Individual | 8 Nome do Paciente | | 9 Data de Nascimento | |
| | 10 (ou) Idade | | 11 Sexo M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> I - Ignorado | |
| | 12 Gestante | | 13 Raça/Cor | |
| | 14 Escolaridade | | 15 Número do Cartão SUS | |
| | 16 Nome da mãe | | 17 UF | |
| Dados de Residência | 18 Município de Residência | | 19 Distrito | |
| | 20 Bairro | | 21 Logradouro (rua, avenida,...) | |
| | 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 | |
| | 30 País (se residente fora do Brasil) | | 31 Data da Investigação | |
| | 32 Ocupação | | 33 Tomou Vacina Contra Sarampo e Rubéola (dupla ou triviral) | |
| Antecedentes Epidemiológicos | 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) | |
| | 36 Nome do Contato | | 37 Endereço do contato (Rua, Av., Apto., Bairro, Localidade, etc) | |
| | 38 Data do Início do Exantema (manchas vermelhas no corpo) | | 39 Data do Início da Febre | |
| Dados Clínicos | 40 Outros Sinais e Sintomas | | 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado | |
| | <input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Coriza (nariz escorrendo) <input type="checkbox"/> Conjuntivite (olhos avermelhados) | | <input type="checkbox"/> Artralgia/Artrite (dores nas juntas) <input type="checkbox"/> Presença de Gânglios Retroauriculares/ Occipitais (caroços atrás da orelha/pescoço) <input type="checkbox"/> Dor Retro-Ocular (dor acima/atrás dos olhos) | |

