

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

Coleta de Sangue

Dados do Exame Laboratorial da Criança	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						
	1 - Reagente	IgM	IgG	IgM	IgG	IgM	IgG
	2 - Não Reagente	S1		S2		S3	
3 - Inconclusivo			4 - Não Realizado				
Deteção Viral							
40 Amostra Clínica 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	<input type="checkbox"/> Sangue Total	<input type="checkbox"/> Urina	41 Resultado				
<input type="checkbox"/> Secreção Nasofaríngea	<input type="checkbox"/> Liquor	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"/>	43 Isolamento do Recém-Nascido na Maternidade <input type="checkbox"/>
	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
	<input type="checkbox"/> Tríplice Viral (sarampo, caxumba e rubéola) <input type="checkbox"/> Rubéola (monovalente) <input type="checkbox"/> Dupla Viral (sarampo, rubéola)	
	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 <input type="checkbox"/>	
	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	

Evolução da Criança	50 Classificação Final <input type="checkbox"/>	51 Critério de Confirmação/Descarte <input type="checkbox"/>	52 Diagnóstico de Descarte <input type="checkbox"/>
	1 - Confirmado 2 - Infecção Congênita 3 - Descartado	1 - Laboratorial 2 - Clínico 9 - Ignorado	1 - Toxoplasmose 3 - Sífilis Congênita 2 - Citomegalovírus 4 - Outras _____
	53 Evolução <input type="checkbox"/>	54 Data do Óbito	55 Data do Encerramento
	1 - Alta 2 - Óbito por SRC 3 - Óbito por outras causas 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