

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		3	Data da Notificação		
	2	Agravo/doença	1- SARAMPO 2- RUBÉOLA	<input type="checkbox"/>	Código (CID10)	B 0 9		
	4	UF	5	Município de Notificação	Código (IBGE)			
	6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código	7	Data dos Primeiros Sintomas			
Notificação Individual	8	Nome do Paciente			9	Data de Nascimento		
	10	(ou) Idade	11	Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12	Gestante		
	13	Raça/Cor			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 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			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	
	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		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

Exame Sorológico

46 Data da Coleta da 1ª Amostra (S1)

47 Data da Coleta da 2ª Amostra (S2)

48 Resultado

1 - Reagente 2 - Não Reagente 3 - Inconclusivo 4 - Não Realizado	Sarampo	Rubéola	Outras Exantemáticas <input type="checkbox"/>
	IgM IgG	IgM IgG	IgM IgG
	S1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	S1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	S1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	S2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	S2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	S2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	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