

DADOS GERAIS	1	Tipo de Notificação		2- Individual																	
	2	Agravado/doença		Código (CID10)	3	Data da Notificação															
	DOENÇAS EXANTEMÁTICAS: SARAMPO/RUBÉOLA		B09																		
	4	UF	5	Município de Notificação		Código (IBGE)															
NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL	6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código		7	Data do Diagnóstico														
	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		1-1ºTrimestre 2-2ºTrimestre 3-3ºTrimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado	13	Raça/Cor		1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena					
	14	Escolaridade		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 à 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		17	Etnia		1- Tupiniquim 2- Guarani 9- ignorado
	PcD (pessoa com deficiência)		1- sim 2- não		Pessoa em situação de rua		1- sim 2- não		CPF do paciente		Nacionalidade										
	Passaporte		Orientação sexual		1- Heterossexual 2- Homossexual 3- Bissexual 4- Pansexual 8- Não se aplica 9- Ignorado																
	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		30	País (se residente fora do Brasil)														
()		1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado																			
Unidade de Saúde de Referência																					
31	Data da Investigação		32	Ocupação																	
33	Tomou Vacina Contra Sarampo e Rubéola (dupla ou trival) 1- Sim 2- Não 9- Ignorado				34	Data da Última Dose															
Histórico Vacinal																					
Possui cardeneta de Vacinação? <input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não																					
<input type="checkbox"/> Monovalente		<input type="checkbox"/> Trílice Viral		Data 1º dose		Data 3º dose															
<input type="checkbox"/> Dupla Viral		<input type="checkbox"/> Tetra Viral		Data 2º dose		Data 4º 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													
1- Domicílio 2- Vizinhaça 3- Trabalho 4- Creche/ Escola 5- Posto de saúde/hospital 6- Outro Estado/Município 7- Sem história de contato 8- outro país 9- Ignorado				37				Endereço do contato (Rua, Av., Apto., Bairro, Localidade, etc)													
38	Data do Início do Exantema (manchas vermelhas no corpo)		40	Sinais e Sintomas		1- Sim 2- Não 9- Ignorado		Presença de Gânglios Retroauriculares/Occeptais (caroços atrás da orelha/pescoço)													
<input type="checkbox"/> Tosse		<input type="checkbox"/> Conjuntivite (olhos avermelhados)		<input type="checkbox"/> Coriza (nariz escorrendo)		<input type="checkbox"/> Artralgia/Artrite (dores nas juntas)		<input type="checkbox"/> Dor Retro-Ocular (dor acima/atrás dos olhos)													
39	Data do Início da Febre																				
41	Ocorreu Hospitalização		42		Data da Internação		43	UF		44	Município do Hospital										
1- Sim 2- Não 9- Ignorado																					
45	Nome do Hospital																				

DADOS DO LABORATÓRIO	46 Data da Coleta da 1ª Amostra (S1)		47 Data da Coleta da 2ª Amostra (Re-Teste)																															
	48 Resultado 1- Reagente 2- Não reagente 3- Inconclusivo 4- Não realizado																																	
S1 <input type="checkbox"/> Sarampo IgM <input type="checkbox"/> Sarampo IgG <input type="checkbox"/> Rubéola IgM <input type="checkbox"/> Rubéola IgG <input type="checkbox"/> Outras Exant. IgM <input type="checkbox"/> Outras Exant. IgG		S2 <input type="checkbox"/> Sarampo IgM <input type="checkbox"/> Sarampo IgG <input type="checkbox"/> Rubéola IgM <input type="checkbox"/> Rubéola IgG <input type="checkbox"/> Outras Exant. IgM <input type="checkbox"/> Outras Exant. IgG		Re-Teste <input type="checkbox"/> Sarampo IgM <input type="checkbox"/> Sarampo IgG <input type="checkbox"/> Rubéola IgM <input type="checkbox"/> Rubéola IgG <input type="checkbox"/> Outras Exant. IgM <input type="checkbox"/> Outras Exant. IgG																														
Outras Exantemáticas <input type="checkbox"/> 1- Dengue 2- Parvovírus B19 <input type="checkbox"/> 3- Herpes vírus 6 4- Outras 1- Reagente 2 - Não Reagente 3 - Inconclusivo 4 -Não Realizado																																		
Isolamento Viral 1- Sim 2-Não 9- Ignorado																																		
49 Amostra clínica coletada		50 Etiologia Viral																																
<input type="checkbox"/> Sangue Total <input type="checkbox"/> Urina <input type="checkbox"/> Secreção Nasofaríngea <input type="checkbox"/> Liquor		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- Outros: _____ 10 - Não detectado																																
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 cartões avaliados e pessoas vacinadas				53 Especifique Intervalo de Tempo																														
<input type="text"/> Menor de 5 anos <input type="text"/> De 5 a 14 anos <input type="text"/> De 15 a 39 anos				1- Em até 72 horas 2- Após 72 horas 9- Ignorado																														
54 Classificação final		55 Critério de confirmação/descarte		56 Classificação final do caso descartado																														
1 - Sarampo <input type="checkbox"/> 2 - Rubéola <input type="checkbox"/> 2 - Descartado		1- Laboratorial 4- Data da Última dose da vacina 2- Clínico-epidemiológico 3- Clínico		1-Dengue 2-Escarlatina 3-Exantema Súbito (Herpes Vírus tipo 6) 4-Eritema infeccioso (Parvovírus B19) 5-Enterovírus 6-Evento temporal relacionado á vacina 7-IgM associado temporalmente á vacina 8-Sem soroconversão dos anticorpos IgG 9-Ignorado																														
57 O caso é autóctone do município de residência?		58 UF	59 País																															
1-Sim 2-Não 3-Indeterminado																																		
60 Município		Código (IBGE)	61 Distrito	62 Bairro																														
63 Evolução do caso				64 Data do Óbito																														
1- Cura 2- Óbito por doenças exantemáticas 3-Óbito por outras causas 9- Ignorado																																		
65 Data do Encerramento																																		
Deslocamento (datas e locais frequentados no período de 7 a 23 dias anteriores ao início de sinais e sintomas)																																		
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 20%;">DATA</th> <th style="width: 10%;">UF</th> <th style="width: 30%;">MUNICÍPIO</th> <th style="width: 20%;">PAÍS</th> <th style="width: 20%;">MEIO DE TRANSPORTE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>					DATA	UF	MUNICÍPIO	PAÍS	MEIO DE TRANSPORTE																									
DATA	UF	MUNICÍPIO	PAÍS	MEIO DE TRANSPORTE																														
OBSERVAÇÃO:																																		
Município/Unidade de Saúde			Cód. da Unid. de Saúde																															
Nome		Função	Assinatura																															