

SÍNDROME DA RUBÉOLA CONGÊNITA

DADOS GERAIS	1	Tipo de Notificação		2- Individual												
	2	Agravado/doença		Código (CID10)	3	Data da Notificação										
	SÍNDROME DA RUBÉOLA CONGÊNITA		P35.0													
NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL	4	UF	5	Município de Notificação		Código (IBGE)										
	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				Etnia				1- Tupiniquim 2- Guarani 9- ignorado		
	15	Número do Cartão SUS		16		Nome da mãe										
	PcD (pessoa com deficiência)		Pessoa em situação de rua		CPF do paciente		Identidade de gênero				1- Mulher cisgênero 2- Homem cisgênero 3- Mulher transgênero 4- Homem transgênero 5- Travesti 8- Não binário 7- Não se aplica 9- Ignorado					
	Passaporte		Nacionalidade		Orientação sexual		1- Heterossexual 2- Homossexual 3- Bissexual 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																
AN TE	31	Data da Investigação		32		Recém nascido		33		Peso ao Nascer (Gramas)						
	1- A termo 2- Prematuro (<37 semanas) 9- Ignorado															
DADOS CLÍNICOS	34		Sinais Maiores - Grupo I		1- Sim 2- Não 9- Ignorado		35		Sinais Menores - Grupo II		1- Sim 2- Não 9- Ignorado					
	☐ Catarata ☐ Retinopatia Pigmentar ☐ Glaucoma Congênito		☐ Deficiência Auditiva ☐ Cardiopatia Congênita, especifique: _____		☐ Retardo Psico-Motor ☐ Microcefalia ☐ Meningoencefalite		☐ Hepatoesplenomegalia ☐ Icterícia ☐ Púrpura		☐ Alterações Ósseas							
DADOS DO EXAME LABORATORIAL DA	Coleta de Sangue															
	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			
	☐ (S1) IgM ☐ (S1) IgG ☐ (S2) IgM ☐ (S2) IgG ☐ (S3) IgM ☐ (S3) IgG												1- Reagente 2- Não reagente 3- Inconclusivo 4- Não realizado			
MEDIDA DE CONTROLE	Detecção Viral															
	40		Amostra Clínica		1- Sim 2- Não 9- Ignorado		41		Resultado							
DADOS COMPLEMENTARES DA MÃE	☐ Sangue Total ☐ Secreção Nasofaríngea		☐ Urina ☐ Liquor				☐ Vírus Rubéola Selvagem 2- Vírus Rubéola Vacinal 3- Outros vírus 4- Não detectado									
	42		Bloqueio Vacinal de Contatos		1- Sim 2- Não 9- Ignorado		43		Isolamento do Recém-Nascido na Maternidade		1- Sim 2- Não 9- Ignorado					
	44		Idade da Mãe		45		Vacinação		1- Sim 2- Não 9- Ignorado							
				☐ Tríplice Viral (sarampo, caxumba e rubéola) ☐ Rubéola (monovalente) ☐ Dupla Viral (sarampo, rubéola)												
46		Data da Última Dose da Vacina		47		Sinais e Sintomas		1- Apresentou sintomas de Rubéola 2- Não apresentou sintomas de Rubéola 9- Ignorado								

DADOS COMPLEMENTARES DA MÃE	48 Período da Gestação em que foi Acometida/Exposta ☐ 1- 1º Trimestre 2- 2º Trimestre 3- 3º Trimestre 9- Ignorado		49 Critério de Confirmação de Diagnóstico da mãe ☐ 1- Laboratório 2- Vínculo-Epidemiológico 3- Clínico	
	50 Classificação Final ☐ 1- Confirmado 2- Infecção Congênita 3-Descartado		51 Critério de Confirmação/Descarte ☐ 1- Laboratorial 2- Clínico 9- Ignorado	
	52 Diagnóstico de Descarte ☐ 1- Toxoplasmose 3- Sífilis Congênita 2- Citomegalovírus 4- Outras: _____		53 Evolução ☐ 1- Alta 2- Óbito por SRC 3- Óbito por outras causas 9- Ignorado	
	54 Data do Óbito		55 Data do encerramento	
	Anotar o número do prontuário da criança:			
EVOLUÇÃO DA CRIANÇA	OBSERVAÇÃO:			
INVESTIGADOR	Município/Unidade de Saúde		Cód. da Unid. de Saúde	
	Nome	Função	Assinatura	