

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)	

Dados Complementares do Caso

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

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

1 - Dengue
2 - Parvovírus B19
3 - Herpes vírus 6
4 - Outras

Isolamento Viral

49 Amostra clínica coletada 1 - Sangue Total 3 - Urina
 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 _____