

## Registro de casos de Microcefalia e/ou alteração do sistema nervoso central (SNC)

Data da notificação: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Notificação de: [ ] [1] Feto com microcefalia [2] Feto sem microcefalia com outras malformações do SNC [3] Aborto espontâneo (gestante com exantema) [4] Natimorto com malformações (gestante com exantema) [5] Recém-nascido com microcefalia

Segundo definição vigente nos protocolos disponíveis no site [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)

### Dados para identificação da gestante ou puérpera

Informe os dados sobre a gestante ou puérpera para que a vigilância possa realizar a investigação com o instrumento detalhado.

Nome da gestante/mãe: \_\_\_\_\_

Número do prontuário da gestante/mãe: \_\_\_\_\_

Tipo de documento: [ ] [1] Cartão SUS (preferencialmente) [2] CPF [3] Carteira de identidade (RG) [4] Sem documento de identificação

Número do Cartão SUS, CPF ou RG: Obs.: se não tiver documento coloque 0 em todo o campo \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: Obs.: se não souber coloque a data 31/12/2015 \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Idade da mãe: Obs.: se não tiver documento coloque 99 em todo o campo. \_\_\_\_\_ (anos)

Raça/Cor: [ ] [1] branca [2] preta [3] amarela [4] parda [5] indígena [9] ignorado

UF de residência: \_\_\_\_\_

Município de residência: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Logradouro (Rua, Avenida): \_\_\_\_\_

Número: \_\_\_\_\_

Ponto de referência: \_\_\_\_\_

Telefone de contato da mãe (fixo ou celular): (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

### Identificação do nascido vivo ou natimorto

Nome do recém-nascido ou lactente: Obs.: se não nasceu ou não tiver nome coloque apenas "NA" que será classificado como não se aplica

Sexo: [ ] [1] masculino [2] feminino [3] indeterminado [9] Ignorado

Data de Nascimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Peso (em gramas): \_\_\_\_\_

Comprimento (em centímetros): \_\_\_\_\_

Número da declaração de nascido vivo – DNV: \_\_\_\_\_

Número da Declaração de Óbito – DO: Deixar em branco, caso ainda esteja na gestação \_\_\_\_\_

### Gestação e Parto

Informações sobre a identificação da microcefalia durante a gestação ou no pós-parto.

Deteção de microcefalia em: [ ] [1] Intrauterino (na gestação) [2] Pós-parto [3] Não detectada microcefalia [9] Ignorado

Idade gestacional na deteção da microcefalia (em semanas): \_\_\_\_\_ Obs.: pode ser ainda na gestação ou momento do parto. Caso não tenha microcefalia digite "99"

Classificação do recém-nascido ou lactente: [ ] [1] Pré-termo (< 37 semanas) [2] A termo (37 – 42 semanas) [3] Pós-termo (> 42 semanas) [4] Não se aplica [9] Ignorado

Tipo de gravidez: [ ] [1] Única [2] Dupla [3] Tripla ou mais [9] Ignorado

Perímetro cefálico (PC): (em centímetros com uma casa decimal) Registre o perímetro cefálico incluindo a decimal (exemplo: 31,5 ou 32,0) \_\_\_\_\_

Circunferência Craniana \_\_\_\_\_ (se detectado no intraútero) (em centímetros). Registre o perímetro cefálico incluindo a decimal (exemplo: 28,5). Deixar em branco, caso não tenha realizado exame de imagem durante a gestação.

**Dados clínicos e epidemiológicos**

Informe abaixo se durante a gestação ou no pós-parto imediato a mãe cumpre as seguintes condições

Apresentou Febre durante a gestação: [ ] Obs.: especialmente nos primeiros meses de gestação. Legenda: [1] Sim [2] Não [3] Não sabe

Apresentou exantema durante a gestação, informe o primeiro período da ocorrência: [ ] [1] Sim, no 1º trimestre [2] Sim, no 2º trimestre [3] Sim, no 3º trimestre [4] Sim, mas não lembro a data ou período gestacional [5] Não apresentou exantema [6] Não sabe

Realizou exame laboratorial para, pelo menos, um dos STORCH, na gestação ou pós-parto: (Sífilis, Toxoplasmose, Rubéola, Citomegalovírus, Herpes vírus): [ ] [1] Sim [2] Não [3] Não sabe - Obs.: se tiver realizado, informe os resultados nas Observações Gerais.

Teve diagnóstico laboratorial ou clínico para Dengue, Chikungunya ou Zika Vírus: [ ] [1] Sim [2] Não [3] Não sabe - Obs.: para Zika vírus pode ser confirmação clínica-epidemiológica realizada pelo médico assistente. Se tiver realizado, informe os resultados nas Observações Gerais.

**Local de ocorrência**

Dados do estabelecimento de saúde.

Código do estabelecimento de saúde (CNES) Obs.: se não souber, deixe em branco. \_\_\_\_\_

UF: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_

Estabelecimento de saúde: Obs.: local de ocorrência do parto ou maternidade \_\_\_\_\_

Endereço do estabelecimento (logradouro e número): \_\_\_\_\_

Telefone de contato do estabelecimento (fixo ou celular): (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**Observações gerais**

INSTRUÇÃO: informe o resultado dos exames laboratoriais realizados para STORCH (sífilis, toxoplasmose, outras doenças infecciosas, rubéola, citomegalovírus ou herpes vírus); informe se foi testado para dengue, chikungunya ou zika vírus; se o médico suspeitou clinicamente de zika vírus ou outras infecções durante a gestação; se usou medicamentos durante a gestação - quais; se é usuária de drogas - quais e frequência; conclusão do laudo de exames de imagem (ultrassom, ressonância, tomografia) e informe se há presença de calcificações na imagem ou outra informação relevante.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Classificação final:** [ ] [1] Em investigação [2] Confirmado [3] Descartado [4] Sem classificação

**Critério de confirmação:**

- [ ] Laboratorial (Zika)
- [ ] Laboratorial (Dengue)
- [ ] Laboratorial (Chikungunya)
- [ ] Laboratorial (Outros)
- [ ] Imagem (Ultrassonografia/tomografia/ressonância)
- [ ] Clínico-epidemiológico

Óbito: [ ] [1] Sim [2] Não [9] Ignorado

**Notificador**

Informe seus dados para que a equipe da vigilância em saúde possa entrar em contato com você.

Nome do notificador: \_\_\_\_\_

E-mail do notificador: \_\_\_\_\_

Telefone de contato do notificador (fixo ou celular): (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Atualização:

