

CASO SUSPEITO: Todo recém-nascido cuja mãe foi caso suspeito, confirmado de rubéola ou contato de caso confirmado de rubéola, durante a gestação ou;
Toda criança até 12 meses de idade que apresente sinais clínicos e compatíveis com infecção congênita pelo vírus da rubéola, independente da história materna.

| | | | | | | |
|------------------------|--|---|--|---|-----------------------|--|
| Dados Gerais | 1 Tipo de Notificação 2 - Individual | 2 Agravo/doença SÍNDROME DA RUBÉOLA CONGÊNITA | | Código (CID10) P 3 5. 0 | 3 Data da Notificação | |
| | 4 UF | 5 Município de Notificação | Código (IBGE) | | | |
| | 6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) | | Código | 7 Data do Diagnóstico | | |
| Notificação Individual | 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 | 13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado | | |
| | 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 da Criança

| | | | |
|------------|-------------------------|--|--|
| Ant. Epid. | 31 Data da Investigação | 32 Recém Nascido 1 - A Termo 2 - Prematuro (< 37 Semanas) 9 - Ignorado | 33 Peso ao Nascer gramas |
| | Dados Clínicos | 34 Sinais Maiores - Grupo I 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Catarata <input type="checkbox"/> Retinopatia Pigmentar <input type="checkbox"/> Glaucoma Congênito <input type="checkbox"/> Deficiência Auditiva <input type="checkbox"/> Cardiopatia Congênita | 35 Sinais Menores - Grupo II 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Retardo Psico-Motor <input type="checkbox"/> Microcefalia <input type="checkbox"/> Meningoencefalite <input type="checkbox"/> Hepatoesplenomegalia <input type="checkbox"/> Icterícia <input type="checkbox"/> Púrpura <input type="checkbox"/> Alterações Ósseas |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|---|--|-----|--------------------------|--------------------------|-----|-----|-----|------------------|----|--------------------------|--------------------------|----|--------------------------|--------------------------|------------------|--|--|--|--|----|--------------------------|-------------------|--|--|--|--|--|--------------------------|
| Dados do Exame Laboratorial da Criança | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="0"> <tr> <td>1 - Reagente</td> <td>IgM</td> <td>IgG</td> <td>IgM</td> <td>IgG</td> <td>IgM</td> <td>IgG</td> </tr> <tr> <td>2 - Não Reagente</td> <td>S1</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>S2</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>3 - Inconclusivo</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>S3</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>4 - Não Realizado</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> | | | 1 - Reagente | IgM | IgG | IgM | IgG | IgM | IgG | 2 - Não Reagente | S1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | S2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3 - Inconclusivo | | | | | S3 | <input type="checkbox"/> | 4 - Não Realizado | | | | | | <input type="checkbox"/> |
| 1 - Reagente | IgM | IgG | IgM | IgG | IgM | IgG | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 - Não Reagente | S1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | S2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 - Inconclusivo | | | | | S3 | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 - Não Realizado | | | | | | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Deteção Viral | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 40 Amostra Clínica 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado | <input type="checkbox"/> Sangue Total <input type="checkbox"/> Secreção Nasofaríngea | <input type="checkbox"/> Urina <input type="checkbox"/> Liquor | 41 Resultado 1 - Vírus Rubéola Selvagem 3 - Outros vírus 2 - Vírus Rubéola Vacinal 4 - Não detectado | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

