



NÚMERO

**FICHA DE NOTIFICAÇÃO/INVESTIGAÇÃO DE
DOENÇAS EXANTEMÁTICAS FEBRIS SARAMPO / RUBEÓLA**

CASO SUSPEITO DE SARAMPO: TODO PACIENTE QUE APRESENTAR FEBRE E EXANTEMA MACULOPAPULAR, ACOMPANHADOS DE UM OU MAIS DOS SEGUINTE SINAIS E SINTOMAS: TOSSE E/OU CORIZA E/OU CONJUNTIVITE, INDEPENDENTE DA IDADE E DA SITUAÇÃO VACINAL.

CASO SUSPEITO DE RUBEÓLA: TODO PACIENTE QUE APRESENTAR FEBRE E EXANTEMA MACULOPAPULAR, ACOMPANHADO DE LINFOADENOPATIA RETROAURICULAR, OCCIPITAL E CERVICAL, INDEPENDENTE DA IDADE E DA SITUAÇÃO VACINAL.

DADOS GERAIS	1- TIPO DE NOTIFICAÇÃO 2 - INDIVIDUAL		2- AGRAVO / DOENÇA DOENÇAS EXANTEMÁTICAS 1- SARAMPO <input type="checkbox"/> 2- RUBEÓLA <input type="checkbox"/>		CÓDIGO (CID10) B 09	3- DATA DA NOTIFICAÇÃO	
	4- UF	5- MUNICÍPIO DE NOTIFICAÇÃO PORTO ALEGRE				CÓDIGO (IBGE)	
	6- UNIDADE DE SAÚDE (OU OUTRA FONTE NOTIFICADORA)				CÓDIGO	7- DATA DOS PRIMEIROS SINTOMAS	

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 <input type="checkbox"/>	1-1º TRIMESTRE 4-IDADE GESTACIONAL IGNORADA 5-NÃO 6-NÃO SE APLICA 9-IGNORADO	2-2º TRIMESTRE 3-3º TRIMESTRE	13- RAÇA/COR 1 - BRANCA 2 - AMARELA 4 - PARDA 5 - INDÍGENA 9 - IGNORADO		
	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 A 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			

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 <input type="checkbox"/> 1 - URBANA 2 - RURAL 3 - PERIURBANA 9 - IGNORADO		30- PAÍS (SE RESIDENTE FORA DO BRASIL)			

DADOS COMPLEMENTARES DO CASO

ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS	31- DATA DA INVESTIGAÇÃO		32- OCUPAÇÃO			
	33- TOMOU VACINA CONTRA SARAMPO E RUBEÓLA (DUPLA OU TRIVIRAL) 1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO <input type="checkbox"/>				34- DATA DA ÚLTIMA DOSE	
	35- CONTATO COM CASO SUSPEITO OU CONFIRMADO DE SARAMPO OU RUBEÓLA (ATÉ 23 DIAS ANTES DO INÍCIO DOS SINAIS E SINTOMAS) 1 - DOMICÍLIO 2 - VIZINHANÇA 3 - TRABALHO 4 - CRECHE / ESCOLA 5 - POSTO DE SAÚDE / HOSPITAL 6 - OUTRO ESTADO / MUNICÍPIO 7 - SEM HISTÓRIA DE CONTATO 8 - OUTRO PAÍS 9 - IGNORADO <input type="checkbox"/>					
	36- NOME DO CONTATO					
37- ENDEREÇO DO CONTATO (Rua, Av., Ap., bairro, localidade, etc)						

DADOS CLÍNICOS	38- DATA DO INÍCIO DA FEBRE		39- DATA DO INÍCIO DO EXANTEMA (MANCHAS VERMELHAS NO CORPO)	
	40- OUTROS SINAIS E SINTOMAS 1- SIM 2- NÃO 9- IGNORADO			
	<input type="checkbox"/> TOSSE	<input type="checkbox"/> ARTRALGIA/ARTRITE (DORES NAS JUNTAS)		
<input type="checkbox"/> CORIZA (NARIZ ESCORRENDO)	<input type="checkbox"/> PRESENÇA DE GÂNGLIOS RETROAURICULARES / OCCIPITAIS (CAROÇOS ATRÁS DA ORELHA / PESCOÇO)			
<input type="checkbox"/> CONJUNTIVITE (OLHOS AVERMELHADOS)	<input type="checkbox"/> DOR RETRO-OCULAR (DOR ACIMA / ATRÁS DOS OLHOS)			

