

**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 <b>SÍNDROME DA RUBÉOLA CONGÊNITA</b>		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	<b>Coleta de Sangue</b>																													
	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"/>																								
<b>Deteção Viral</b>																														
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																											

