



**DEFINIÇÃO DE CASO SUSPEITO: Gestante com exantema em qualquer idade gestacional**

DADOS GERAIS	1	Tipo de Notificação	2 - Individual		
	2	Agravo/doença	<b>Gestante com exantema</b>	<b>ZIKA A 92.8</b>	
	3	Data da Notificação			
DADOS GERAIS	4	UF	5	Município de Notificação	
			Código (IBGE)		
DADOS GERAIS	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	1-1º Trimestre 4- Idade gestacional ignorada 9- Ignorado	2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 5- Não se aplica 6- Não se aplica	13
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 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		
30	País (se residente fora do Brasil)				

**Dados clínicos e laboratoriais**

INV.	31	Data da Investigação	32	Ocupação								
SINAIS E SINTOMAS	Manifestações Gerais (assinalar)			Manifestações Neurológicas (assinalar)			Manifestações Cutâneas (assinalar)					
	33	Febre	39	Hiperemia conjuntival	44	Comprometimento da musculatura bulbar	50	Disfagia	56	Fraqueza de membros superiores	62	Petéquias
	34	Vômitos	40	Tosse	45	Irritabilidade	51	Diplopia	57	Fraqueza de membros inferiores	63	Exantemas
	35	Edema ou dor articular	41	Dor de garganta	46	Tremores	52	Visão turva	58	Coma	64	Prurido
	36	Diarreia	42	Cefaléia	47	Sonolência	53	Flacidez da pescoço	59	Fraqueza simétrica	65	Bolhas/ Vesículas
	37	Náuseas	43	Mialgia	48	Parestesia	54	Paralisia facial	60	Disartria	66	Manifestações Hemorrágicas
	38	Dor abdominal				49	Fraqueza descentente	55	Hiperreflexia/ Arreflexia	61		

**Técnicas e materiais usados para análise laboratorial (anotar o número correspondente ao material usado de acordo com o tipo de exame realizado)**

DADOS LABORATORIAIS	1- Sangue 2- Urina 3- Liquor	4- Saliva 5- Teóidos 6- Outros	Datas		Resultado		1 - Positivo/Reagente		2 - Negativo/não reagente									
			Coleta	Resultado	3 - Inconclusivo	4 - Não Realizado	5 - Em andamento											
67	<input type="checkbox"/>	Isolamento	68	<input type="checkbox"/>	69	<input type="checkbox"/>	70	<input type="checkbox"/>	Dengue	71	<input type="checkbox"/>	Zika	72	<input type="checkbox"/>	Chikungunya	73	<input type="checkbox"/>	Outro
74	<input type="checkbox"/>	RT-PCR	75	<input type="checkbox"/>	76	<input type="checkbox"/>	77	<input type="checkbox"/>	Dengue	78	<input type="checkbox"/>	Zika	79	<input type="checkbox"/>	Chikungunya	80	<input type="checkbox"/>	Outro
81	<input type="checkbox"/>	RT-PCR	82	<input type="checkbox"/>	83	<input type="checkbox"/>	84	<input type="checkbox"/>	Dengue	85	<input type="checkbox"/>	Zika	86	<input type="checkbox"/>	Chikungunya	87	<input type="checkbox"/>	Outro
88	<input type="checkbox"/>	RT-PCR	89	<input type="checkbox"/>	90	<input type="checkbox"/>	91	<input type="checkbox"/>	Dengue	92	<input type="checkbox"/>	Zika	93	<input type="checkbox"/>	Chikungunya	94	<input type="checkbox"/>	Outro
95	<input type="checkbox"/>	RT-PCR	96	<input type="checkbox"/>	97	<input type="checkbox"/>	98	<input type="checkbox"/>	Dengue	99	<input type="checkbox"/>	Zika	100	<input type="checkbox"/>	Chikungunya	101	<input type="checkbox"/>	Outro
102	<input type="checkbox"/>	RT-PCR	103	<input type="checkbox"/>	104	<input type="checkbox"/>	105	<input type="checkbox"/>	Dengue	106	<input type="checkbox"/>	Zika	107	<input type="checkbox"/>	Chikungunya	108	<input type="checkbox"/>	Outro
109	<input type="checkbox"/>	Sorologia (1ª amostra)	110	<input type="checkbox"/>	111	<input type="checkbox"/>	112	<input type="checkbox"/>	Dengue	113	<input type="checkbox"/>	Zika	114	<input type="checkbox"/>	Chikungunya	115	<input type="checkbox"/>	Outro
116	<input type="checkbox"/>	Sorologia (2ª amostra)	117	<input type="checkbox"/>	118	<input type="checkbox"/>	119	<input type="checkbox"/>	Dengue	120	<input type="checkbox"/>	Zika	121	<input type="checkbox"/>	Chikungunya	122	<input type="checkbox"/>	Outro
123	<input type="checkbox"/>	Pesquisa de anticorpos (liquor)	124	<input type="checkbox"/>	125	<input type="checkbox"/>	126	<input type="checkbox"/>	Dengue	127	<input type="checkbox"/>	Zika	128	<input type="checkbox"/>	Chikungunya	129	<input type="checkbox"/>	Outro
130	<input type="checkbox"/>	NS 1	131	<input type="checkbox"/>	132	<input type="checkbox"/>	133	<input type="checkbox"/>	Dengue									
134	<input type="checkbox"/>	Imunohistoquímica	135	<input type="checkbox"/>	136	<input type="checkbox"/>	137	<input type="checkbox"/>	Dengue	138	<input type="checkbox"/>	Zika	139	<input type="checkbox"/>	Chikungunya	140	<input type="checkbox"/>	Outro
141	<input type="checkbox"/>	Histologia	142	<input type="checkbox"/>	143	<input type="checkbox"/>	144	<input type="checkbox"/>	Dengue	145	<input type="checkbox"/>	Zika	146	<input type="checkbox"/>	Chikungunya	147	<input type="checkbox"/>	Outro
148	<input type="checkbox"/>	Outros	149	<input type="checkbox"/>	150	<input type="checkbox"/>	151	<input type="checkbox"/>	Dengue	152	<input type="checkbox"/>	Zika	153	<input type="checkbox"/>	Chikungunya	154	<input type="checkbox"/>	Outro
155	Recebeu sangue ou hemoderivados?		1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		156		Data (D1) que recebeu sangue/hemoderivados		157		Data (D2) que recebeu sangue/hemoderivados							

## Investigação para gestantes

Gestantes e RN

158 Data Provável para o Parto

159 Realizou STORCH?

1- Sim 2- Não 9- Ignorado

Diagnóstico laboratorial para doença infecciosa na gestação (IgM\*)

1-Sim  162  Toxoplasmose  165  Sífilis  
2-Não  163  Rubéola  166  Herpes  
9-Ignorado  164  Citomegalovírus  167  Parvovírus

160 Data Nascimento (RN)

161 Dados de parto

<37 sem  >= 37 sem  Natimorto  Aborto

168 Perímetro cefálico em cm (RN)

Alterações neurológicas (descrever)

Outras alterações (descrever)

## Deslocamentos

Deslocamentos

169 Data de partida

170 Data de chegada

171 País

172 UF

173 Município visitado

Meios de transporte

174 Avião

175 Carro

176 Navio

177 Ônibus

178 Outros \_\_\_\_\_

179 Data de partida

180 Data de chegada

181 País

182 UF

183 Município visitado

Meios de transporte

184 Avião

185 Carro

186 Navio

187 Ônibus

188 Outros \_\_\_\_\_

## Classificação final

Classificação final

189 Classificação Final

1-Em investigação 2-Descartado 3-Zika

190 Critério de Confirmação/Descarte

1 - Laboratório 2 - Clínico-Epidemiológico

191 Data do encerramento

192 Evolução do Caso

1-Cura 4-Óbito em investigação  
2-Óbito por Zika 9-Ignorado  
3-Óbito por outras causas

193 Data do óbito

194 Autoctonia

1- Sim 2- Não 9- Ignorado

## Local provável de infecção

195 UF

196 Município de contaminação

197 Código (IBGE)

198 Distrito

199 Bairro

200 País

## Informações complementares e observações

Investigador

Município/Unidade de Saúde

Cód. da Unid. de Saúde

Nome

Função

Assinatura



Requisitante	1	Laboratório	Código	2	Data de Entrada	
	3	Município de Notificação			Código IBGE	
	4	Unidade de Saúde			Código (SIA/SUS)	
	5	Endereço		6	(DDD) Telefone	
Paciente/Exames	7	Nome do Paciente		8	Número do Cartão SUS	
	9	Data de Nascimento	10	(ou) Idade	11	Sexo
						M - Masculino F - Feminino I - Ignorado
	12	Suspeita Clínica				
		Gestante com exantema – ZIKA				
	13	Caso	14	Data dos Primeiros Sintomas	15	Exame
		1-Suspeito 2-Comunicante 9-Ignorado				rt-PCR e sorologia para ZIKA (1ª amostra)
	16	Material Enviado	17	Data da Coleta	18	Uso de Antibiótico na Data da Coleta
	sangue e urina				1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
19	Gestante	20		Paciente tomou vacina?	Data	
	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	se sim, especificar:		
21	Requisitante				22	Data

EXEMPLO DE REQUISIÇÃO

NOTIFI\_NET 04/01/2013 MR COREL Notificação Sinan NET SVS 17/07/2006 Obs: O material para exame só será aceito quando preenchidos os itens 1 a 18. Quando se tratar de comunicante não preencher o item 14.

Coletar conforme agendamento -> 3 semanas após primeira amostra

UNICAMP			REQUISIÇÃO DE EXAMES LABORATORIAIS			NÚMERO DA REQUISIÇÃO	DATA DE EMISSÃO
MATRÍCULA - HC	PRÉ-MATRÍCULA	NOME DO PACIENTE				/	/
UNIDADE DE SAÚDE CÓDIGO NOME	UNIDADE DE ATENDIMENTO CÓDIGO NOME	DATA DE NASCIMENTO	COR DE PELE	SEXO			
LEITO	ESPEC. NOME - ESPECIALIDADE	UNIDADE DE SAÚDE CÓDIGO NOME	<input type="checkbox"/> B - BRANCA <input type="checkbox"/> A - AMARELA	<input type="checkbox"/> P - PRETA <input type="checkbox"/> M - PARDA	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> I		
REGISTRO PROFISSIONAL	CLAS. REG. ACADÊMICO NOME	REGISTRO PROFISSIONAL	NOME	TELEFONE			
0 1							
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA / JUSTIFICATIVA							
Gestante com exantema - ZIKA							

SIGLA DO EXAME	NOME DO EXAME	MATERIAL / LOCAL	DESTINO
SOROLOGIA	SANGUE		
PARA ZIKV			
(2ª AMOSTRA)			

EXEMPLO DE REQUISIÇÃO

GRAU DE PARENTESCO RELATIVO AO PACIENTE	MATRÍCULA - HC	PRÉ-MATRÍCULA
---	----------------	---------------