

RESP | Registro de Eventos em Saúde Pública

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

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: _____

Bairro: _____

Município de residência: _____

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.

