

NOTIFICAÇÃO DE OCORRÊNCIA DE MICROCEFALIA

DEFINIÇÃO:

- **TERMO:** recém-nascido, entre 37 e 42 semanas de gestação, com perímetro cefálico aferido ao nascimento igual ou menor que 33 cm.

OU

- **PRÉ-TERMO:** recém-nascido, menor que 37 semanas de gestação, com perímetro cefálico aferido ao nascimento, menor ou igual que o percentil 3 (dois desvios padrão).

1. DATA DA NOTIFICAÇÃO: ____/____/____

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA GESTANTE OU PUÉRPERA

2. NOME DA MÃE: _____

3. NÚMERO DO PRONTUÁRIO:
_____4. TIPO DE DOCUMENTO: [] CPF [] CARTÃO SUS
[] CARTEIRA DE IDENTIDADE (RG) [] SEM DOCUMENTO5. NÚMERO DO CARTÃO SUS, CPF OU RG:
_____6. DATA DE NASCIMENTO DA MÃE:
____/____/____7. IDADE DA MÃE:

8. UF DE RESIDÊNCIA: _____

9. MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: _____

10. BAIRRO:
_____11. CEP:
_____12. LOGRADOURO (RUA, AVENIDA...):

13. NÚMERO: _____

14. PONTO DE REFERÊNCIA: _____

15. TELEFONE DDD: _____

16. TELEFONE: _____ - _____

IDENTIFICAÇÃO RECÉM-NASCIDO OU LACTENTE

17. NOME DO RN OU LACTENTE: _____

18. SEXO: [] 1. MASCULINO [] 2. FEMININO [] 3. INDETERMINADO [] 9. NÃO INFORMADO

19. DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____

20. PESO (GRAMA): _____

21. COMPRIMENTO (CM): _____

22. NÚMERO DA DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO:
_____23. NÚMERO DA DECLARAÇÃO DE ÓBITO:

GESTAÇÃO E PARTO

24. DETECÇÃO DE MICROCEFALIA NO PERÍODO: [] INTRAUTERINO [] PÓS-PARTO

25. IDADE GESTACIONAL NA
DETECÇÃO DA MICROCEFALIA
(EM SEMANAS): _____26. CLASSIFICAÇÃO DO RN DE ACORDO COM A IDADE GESTACIONAL:
[] 1. PRÉ-TERMO [] 2. TERMO [] 3. PÓS-TERMO [] NÃO SE APLICA (AINDA GESTANTE)27. TIPO DE GRAVIDEZ:
[] ÚNICA [] DUPLA [] TRIPLA [] >328. PERÍMETRO CEFÁLICO (CM) –
TERMO: _____29. PERÍMETRO CEFÁLICO (DESVIO
PADRÃO) – PRÉ TERMO:

30. DIÂMETRO CEFÁLICO (CM) SE DETECTADO NO INTRAÚTERO: _____

DADOS CLÍNICOS E EPIDEMIOLÓGICOS DA MÃE

- | | |
|---|---|
| 31. APRESENTOU FEBRE DURANTE A GESTAÇÃO:
[] SIM [] NÃO
[] NÃO SABE | 32. APRESENTOU EXANTEMA DURANTE A GESTAÇÃO:
[] 1. SIM, NO 1º TRIMESTRE [] 2. SIM, NO 2º TRIMESTRE [] 3. SIM, NO 3º TRIMESTRE [] 4. SIM, MAS NÃO LEMBRA A DATA OU PERÍODO GESTACIONAL [] 5. NÃO APRESENTOU EXANTEMA [] NÃO SABE |
| 33. REALIZOU EXAME PARA, PELO MENOS, UM DOS STORCH (SÍFILIS, TOXOPLASMOSE, OUTROS RUBÉOLA, CITOMEGALOVÍRUS E HERPES VÍRUS) NA GESTAÇÃO OU PÓS-PARTO:
[] 1. SIM [] 2. NÃO [] 3. NÃO SABE | 34. REALIZOU EXAME PARA DENGUE, CHIKUNGUNYA OU ZIKA VÍRUS, NA GESTAÇÃO OU PÓS-PARTO:
[] 1. SIM [] 2. NÃO [] 3. NÃO SABE |

LOCAL DE OCORRÊNCIA DO PARTO/MATERNIDADE

- | | | |
|--|-----------------------------|----------------------|
| 35. CÓDIGO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (CNES): _____ | 36. UF: _____ | 37. MUNICÍPIO: _____ |
| 38. ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (HOSPITAL, MATERNIDADE ETC):
_____ | | |
| 39. ENDEREÇO DO ESTABELECIMENTO (RUA, TRAVESSA, AV, BAIRRO ETC.):
_____ | | |
| 40. TELEFONE DDD: _____ | 41. TELEFONE: _____ - _____ | |

DADOS DO NOTIFICADOR

- | | |
|--------------------------------|-----------------------------|
| 42. NOME DO NOTIFICADOR: _____ | |
| 43. E-MAIL: _____ | |
| 44. TELEFONE DDD: _____ | 45. TELEFONE: _____ - _____ |

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

INSTRUÇÃO: informe o resultado dos exames laboratoriais realizados para STORCH (sífilis, toxoplasmose, outras doenças infecciosas, rubéola, citomegalovírus ou herpes vírus); informe se foi testado para dengue, chikungunya ou zika vírus; se o médico suspeitou clinicamente de zika vírus ou outras infecções durante a gestação; se usou medicamentos durante a gestação - quais; se é usuária de drogas - quais e frequência; conclusão do laudo de exames de imagem (ultrassom, ressonância, tomografia) e informe se há presença de calcificações na imagem ou outra informação relevante.

46. INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES