

NOTIFICAÇÃO PARA GESTANTES COM EXANTEMA

Definição de caso: Gestante, em qualquer idade gestacional, que apresente quadro de exantema **acompanhado ou NÃO** de outros sintomas.

Encaminhamentos:

1. Notificar imediatamente na “**Ficha de notificação/investigação epidemiológica de exantema em gestante**” (**Anexo1**) e inserir os dados no formulário eletrônico:
http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id_aplicacao=23642; Caso não tenha acesso à internet, encaminhar via Fax ao setor de epidemiologia/SMS;
2. Informar sobre a notificação imediatamente ao setor de epidemiologia da SMS através do telefone (24)33399656/9653 e/ou email epidemio.sms@epdvr.com.br. Sábado, domingo e feriado, notificar no formulário eletrônico, encaminhar email e informar ao setor de epidemiologia no primeiro dia útil;
3. Coletar amostra de Sangue e Urina conforme protocolo de acondicionamento e transporte (pag. 4 do informe técnico 004 SES/RJ), encaminhando ao Laboratório Municipal junto a cópia da ficha de notificação, que será encaminhada ao Lacen com a amostra;
4. Referenciar ao PNAR para acompanhamento especializado com descrição detalhada do caso na ficha de referência. Realizar contato telefônico (24)33399500 para agendamento PRIORITÁRIO;
5. Manter o monitoramento do caso.

Observações:

1. Definição de caso suspeito de ZIKA: Indivíduo sem febre ou com febre medida ou referida, até 38,5°C **E** exantema maculopapular pruriginoso com **início em até 48 horas** após os primeiros sintomas, acompanhado de pelo menos **UM** dos seguintes sinais e sintomas: Hiperemia conjuntival sem secreção e prurido OU Artralgia OU Edema de membros.
2. Nos finais de semana a gestante será avaliada nos serviços da rede de urgência e/ou Maternidades e a coleta da amostra de sangue e urina deverá ser realizada.



FICHA DE NOTIFICAÇÃO/INVESTIGAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DE EXANTEMA EM GESTANTES

DEFINIÇÃO DE CASO: Gestante, em qualquer idade gestacional, que apresente quadro de exantema acompanhado ou NÃO de outros sintomas.

Identificação do Notificante

¹Número da Notificação: _____ ²Data da Notificação: ____/____/____
³Município Notificante: _____
⁴Unidade Notificante _____ ⁵CNES: _____
⁶Telefone de contato da Unidade Notificante (com DDD): _____

Identificação da Paciente

⁷Nome: _____
⁸Idade: ____ ⁹Data de Nascimento: ____/____/____ ¹⁰Raça: [/] Amarela [] Branca [] Indígena [] Parda [] Negra
¹¹Nome da Mãe: _____

Dados da Gestação

¹²Idade Gestacional (em semanas): ____ ¹³Sexo: [] Masculino [] Feminino ¹⁴Data Provável do Parto: ____/____/____

Residência da Paciente

¹⁵Endereço: _____
¹⁶Bairro: _____
¹⁷Município: _____
¹⁸CEP: _____ ¹⁹Telefone de contato (com DDD): _____

Dados Clínicos

²⁰Data de início (ou aparecimento) do exantema: ____/____/____

²¹QUADRO CLÍNICO:

²²[] Artralgia ²⁷[] Dor Retro-Ocular (acima/atrás os olhos) ³²[] Presença de Gânglios Retroauriculares /Occipitais
²³[] Cefaléia ²⁸[] Edema ³³[] Prurido
²⁴[] Conjuntivite ²⁹[] Febre ³⁴[] Tosse
²⁵[] Coriza ³⁰[] Hiperemia Conjuntival
²⁶[] Diarréia ³¹[] Mialgia

³⁵Presença de Fatores de Risco para Microcefalia: [] Sim [] Não [] Ignorado

³⁶Em caso AFIRMATIVO, indique o risco:

[] Uso de drogas/álcool [] Exposição às substâncias químicas (medicamentos e contaminantes ambientais)
[] Desnutrição [] Fenilcetonúria

³⁷Ocorreu Hospitalização: [] Sim [] Não [] Ignorado Onde: _____

Resultados do Exames Anteriores Realizados no Pré-Natal

1: ³⁸Exame: _____ ³⁹Data: ____/____/____ ⁴⁰Resultado: _____
2: ⁴¹Exame: _____ ⁴²Data: ____/____/____ ⁴³Resultado: _____
3: ⁴⁴Exame: _____ ⁴⁵Data: ____/____/____ ⁴⁶Resultado: _____
4: ⁴⁷Exame: _____ ⁴⁸Data: ____/____/____ ⁴⁹Resultado: _____



Governo do Estado do Rio de Janeiro
Secretaria de Estado de Saúde
Subsecretaria de Vigilância em Saúde

FICHA DE NOTIFICAÇÃO/INVESTIGAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DE EXANTEMA EM GESTANTES

INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO

Definição de caso suspeito:

Gestante, em qualquer idade gestacional, que apresente quadro de exantema ACOMPANHADO OU NÃO de outros sintomas.

CAMPOS DA FICHA/FORMULÁRIO:

- 1) Número da Notificação: **OBRIGATÓRIO**. Informar um número sequencial a partir do 1, para controle do município. **NÃO UTILIZAR A NUMERAÇÃO FORNECIDA PARA O SINAN.**
- 2) Data da Notificação: **OBRIGATÓRIO**. Informar a data de preenchimento da notificação.
- 3) Município Notificante: **OBRIGATÓRIO**. Informar, **SEM ABREVIAR**, o município onde está sendo preenchida a notificação.
- 4) Unidade Notificante: **OBRIGATÓRIO**. Informar, **SEM ABREVIAR**, o nome da unidade notificante.
- 5) CNES da Unidade Notificante: Informar o CNES da unidade notificante.
- 6) Telefone da Unidade Notificante: **OBRIGATÓRIO**. Informar o telefone de contato da unidade notificante. Havendo mais de um, informar aquele que possibilitará o contato mais rápido com o setor que digitou a notificação.
- 7) Nome: **OBRIGATÓRIO**. Informar, **SEM ABREVIAR**, o nome da paciente (gestante).
- 8) Idade: **OBRIGATÓRIO**. Informar a idade da paciente (gestante).
- 9) Data de Nascimento: **OBRIGATÓRIO**. Informar a data de nascimento da paciente (gestante).
- 10) Raça: **OBRIGATÓRIO**. Selecionar a raça da paciente (gestante).
- 11) Nome na Mãe: **OBRIGATÓRIO**. Informar, **SEM ABREVIAR**, o nome da mãe da paciente (gestante).
- 12) Idade Gestacional (em semanas): **OBRIGATÓRIO**. Informar, **EM SEMANAS**, o tempo de gestação.
- 13) Sexo: Informar, **SE DISPONÍVEL**, o sexo da criança.
- 14) Data Provável do Parto: Informar, **APROXIMADAMENTE**, a data provável do parto.
- 15) Endereço: **OBRIGATÓRIO**. Informar, **SEM ABREVIAR**, o endereço de residência da paciente (gestante).
- 16) Bairro: **OBRIGATÓRIO**. Informar, **SEM ABREVIAR**, o bairro de residência da paciente (gestante).
- 17) Município: **OBRIGATÓRIO**. Informar, **SEM ABREVIAR**, o município de residência da paciente (gestante).
- 18) CEP: Informar o CEP da residência da paciente (gestante).
- 19) Telefone: **OBRIGATÓRIO**. Informar o telefone para contato com a paciente (gestante).
- 20) Data de Início (ou aparecimento) do exantema: Informar, **APROXIMADAMENTE**, a data de início (ou aparecimento) do exantema.
- 21 ao 34) Quadro Clínico: Marcar os sintomas observados ou informados.
- 35) Presença de Fatores de Risco para Microcefalia: **OBRIGATÓRIO**. Informar se observar ou for informado sobre a presença de fatores de risco para microcefalia (Uso de drogas/álcool, Desnutrição, Exposição a substâncias químicas – medicamentos e contaminantes ambientais, Fenilcetonúria).
 - 36) Em caso **AFIRMATIVO**, indicar o risco: **APENAS** se a resposta do CAMPO 36 for **SIM**, este campo aparecerá. Marcar os fatores de risco identificados ou informados.
- 37) Ocorreu Hospitalização: **OBRIGATÓRIO**. Informar se ocorreu ou não hospitalização.
- 38) Exame 1: Informar o nome do exame realizado.
- 39) Data Exame 1: Informar a data de realização do exame.
- 40) Resultado Exame 1: Informar o resultado do exame.
- 41) Exame 2: Informar o nome do exame realizado.

- 42) **Data Exame 2:** Informar a data de realização do exame.
- 43) **Resultado Exame 2:** Informar o resultado do exame.
- 44) **Exame 3:** Informar o nome do exame realizado.
- 45) **Data Exame 3:** Informar a data de realização do exame.
- 45) **Data Exame 3:** Informar a data de realização do exame.
- 46) **Resultado Exame 3:** Informar o resultado do exame.
- 47) **Exame 4:** Informar o nome do exame realizado.
- 48) **Data Exame 4:** Informar a data de realização do exame.
- 49) **Resultado Exame 4:** Informar o resultado do exame.
- 50) **Data da 1ª Coleta:** Informar a data da coleta da amostra.
- 51) **Número GAL:** Informar o número de cadastro da amostra no GAL.
- 52) **1ª Coleta – Exame:** Informar o nome do exame solicitado na 1ª coleta.
- 53) **1ª Coleta – Material Coletado:** Informar o material coletado na 1ª coleta.
- 54) **1ª Coleta – Resultado:** Informar o resultado do exame solicitado na 1ª coleta.
- 55) **2ª Coleta – Exame 1:** Informar o nome do 1º exame solicitado na 2ª coleta.
- 56) **2ª Coleta – Material Coletado Exame 1:** Informar o material coletado para o 1º exame solicitado na 2ª coleta.
- 57) **2ª Coleta – Resultado Exame 1:** Informar o resultado do 1º exame solicitado na 2ª coleta.
- 58) **2ª Coleta – Exame 2:** Informar o nome do 2º exame solicitado na 2ª coleta.
- 59) **2ª Coleta – Material Coletado Exame 2:** Informar o material coletado para o 2º exame solicitado na 2ª coleta.
- 60) **2ª Coleta – Resultado Exame 2:** Informar o resultado do 2º exame solicitado na 2ª coleta.
- 61) **2ª Coleta – Exame 3:** Informar o nome do 3º exame solicitado na 2ª coleta.
- 62) **2ª Coleta – Material Coletado Exame 3:** Informar o material coletado para o 3º exame solicitado na 2ª coleta.
- 63) **2ª Coleta – Resultado Exame 3:** Informar o resultado do 3º exame solicitado na 2ª coleta.
- 64) **2ª Coleta – Exame 4:** Informar o nome do 4º exame solicitado na 2ª coleta.
- 65) **2ª Coleta – Material Coletado Exame 4:** Informar o material coletado para o 4º exame solicitado na 2ª coleta.
- 66) **2ª Coleta – Resultado Exame 4:** Informar o resultado do 4º exame solicitado na 2ª coleta.
- 67) **2ª Coleta – Exame 5:** Informar o nome do 5º exame solicitado na 2ª coleta.
- 68) **2ª Coleta – Material Coletado Exame 5:** Informar o material coletado para o 5º exame solicitado na 2ª coleta.
- 69) **2ª Coleta – Resultado Exame 5:** Informar o resultado do 5º exame solicitado na 2ª coleta.
- 70) **Data da Investigação:** Informar a data de início da investigação.
- 71) **Realiza Atendimento Pré-Natal:** Informar se realiza ou não atendimento Pré-Natal.
 - 72) **Em caso AFIRMATIVO, informar o local:** APENAS se a resposta do CAMPO 72 for SIM, este cam aparecerá. Informar, SEM ABREVIAR, o nome do local onde realiza o atendimento Pré-Natal.
- 73) **Data de Encerramento da Investigação:** Informar a data de conclusão da investigação.
- 74) **Observações:**
- 75) **Nome:** OBRIGATÓRIO. Informar, SEM ABREVIAR, o nome do responsável pela investigação.
- 76) **Função:** OBRIGATÓRIO. Informar, SEM ABREVIAR, a função do responsável pela investigação.
- 77) **Telefone de Contato:** OBRIGATÓRIO. Informar o telefone do responsável pela investigação. Havendo mais um, informar aquele que possibilitará o contato mais rápido com o responsável pela investigação.
- 78) **Município Investigador:** OBRIGATÓRIO. Informar, SEM ABREVIAR, o município que realizou investigação.