

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO
SUBSECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E AMBIENTAL

INFORME TÉCNICO 004/2015

Gerência de Doenças Transmitidas por Vetores e Zoonoses - GDTVZ

INFORME TÉCNICO - SÍNDROME EXANTEMÁTICA EM GESTANTES

Rio de Janeiro, 25 de novembro de 2015.

INFORME TÉCNICO - SÍNDROME EXANTEMÁTICA EM GESTANTES

1. Contextualização:

Em 22 de outubro de 2015 a Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco (SES/PE), Região Nordeste do país, comunicou à SVS/MS quanto à observação de aumento no número de casos de microcefalia a partir de agosto de 2015.

Até o dia 21/11/2015, foram notificados 739 casos de microcefalia no Brasil, em 9 (nove) estados do Brasil, sendo: Pernambuco: 487, Paraíba: 96, Sergipe: 54, Rio Grande do Norte: 47, Piauí: 27, Alagoas: 10, Ceará: 9, Bahia: 8 e, e Goiás: 1 caso. Há comunicação de um caso com microcefalia, ocorrido no Estado do Rio Grande do Norte, que evoluiu para óbito e que está sendo investigado pelas equipes de saúde. Em alguns casos de microcefalia investigados nos estados do Nordeste havia relato de exantema na gestação.

No Brasil, o número de casos de microcefalia registrados, no período de 2010 a 2014, foi o seguinte: 2010 – 153 casos; 2011 – 139; 2012 – 175; 2013 - 167 e 2014 - 147 casos.

Em 11 de novembro de 2015, o Ministério da Saúde publicou a Portaria GM/MS nº 1.813 que declara Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN), por alteração do padrão de ocorrência de microcefalias no Brasil.

2. Notificação/Investigação de Exantema em Gestantes

Com o objetivo de orientar a investigação em gestantes, que apresentem quadro de síndrome exantemática, a Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro publicou a Resolução SES nº 1.296 de 18 de novembro de 2015, que estabelece a notificação compulsória imediata (em até 24 horas) de síndrome exantemática em gestantes, independente da idade gestacional (Anexo 1).

Os casos devem ser notificados imediatamente (em até 24 horas), a partir do conhecimento do caso em formulário http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id_aplicacao=23642 (Anexo 2) disponível no site www.riocomsaude.com.br/exantema, de acordo com as orientações contidas no Instrucional para o preenchimento da ficha de notificação/investigação de exantema em gestante (Anexo 3).

Na impossibilidade de acesso ao FormSus, notificar o caso ao CIEVS estadual ou CIEVS do Município do Rio de Janeiro (para residentes na Capital), pelos seguintes contatos: **CIEVS RJ:** notifica@saude.rj.gov.br - Tels.: (21) 2333-3993 / 2333-3996 / 2333-3852 (Fax) – dias úteis em horário comercial ou Celular Plantão 24 horas **CIEVS RJ:** (21) 98596-6553 e CVE Rio: - Tels.: (21) 3971-1798 / 3971-1804 / 3971-1893 (Fax): (21) 3971-1894 / 3971-1897 (Horário comercial) - Plantão 24 horas CIEVS RIO: cievsrio@gmail.com ou (21) 98000-7575.

Obs.: Os casos confirmados laboratorialmente deverão ser posteriormente notificados no SINAN.

A manifestação de exantemas em gestantes pode ser causada por diversos fatores como: exposição a substâncias tóxicas, como drogas ilícitas, álcool, inseticidas, cosméticos, tabagismo; medicações utilizadas durante a gravidez e infecção por diversos agentes etiológicos, como as destacadas a seguir:

- Chikungunya;
- Dengue;
- Parvovirose;
- Rubéola;
- Zika Vírus.

Figura 1 - ALGORITMO DE VIGILÂNCIA PARA NOTIFICAÇÃO EXANTEMAS EM GESTANTES.

Definição de Caso: Gestante, independente da idade gestacional, que apresente quadro de exantema acompanhado ou NÃO de outros sintomas.

Notificação Imediata (em até 24h) pelo FormSus

FormSus: http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id_aplicacao=23642

Na impossibilidade de acesso ao FormSus, a notificação imediata pode ser feita ao CIEVS RJ ou CIEVS Rio (para residentes na Capital)

CIEVS RJ: notifica@saude.rj.gov.br - Tels.: (21) 2333-3993 / 2333-3996 / 2333-3852 (Fax) – dias úteis em horário comercial - Celular Plantão 24 horas: (21) 98596-6553

CVE/SMS Rio: - Tels.: (21) 3971-1798 / 3971-1804 / 3971-1893 (Fax): (21) 3971-1894 / 3971-1897 (Horário comercial) ou Plantão 24 horas (21) 98000-7575.

CIEVS RIO: cievsrio@gmail.com

- Realizar coleta de amostras biológicas para envio ao Lacen RJ, conforme protocolo de acondicionamento e transporte:
1ª coleta (sangue/soro e urina) = coletar até 72h do surgimento do exantema. Preferencialmente nas primeiras 48h.
2ª coleta (sangue/soro e urina) = coletar do 10º ao 14º dia do início do exantema.

RESULTADO NEGATIVO PARA TODAS AS DOENÇAS PESQUISADAS:

- Pesquisar outras etiologias.

RESULTADO POSITIVO PARA DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA:

- Abrir ficha específica do SINAN e seguir protocolo de investigação.

OBS.: Na 2ª amostra serão realizados exames para DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS para a suspeita inicial.
Os exames serão realizados mediante avaliação clínica epidemiológica prévia.

4. Amostras para análise laboratorial

Deverá ser coletada uma amostra de **sangue/soro e outra de urina até 72h, preferencialmente nas primeiras 48h após o surgimento do exantema**; cadastrá-las no GAL (Sistema de Gerenciamento de Ambiente Laboratorial) e enviá-las ao LABORATÓRIO NOEL NUTELS-LACEN com cópia impressa da ficha de notificação/investigação preenchida do FORMSUS para as unidades de saúde que não tenham acesso ao Sistema GAL (Anexo 1).

Uma **segunda amostra de sangue/soro e de urina** deverá ser coletada **entre o 10º e 14º dia após o início do exantema**, devendo ser também cadastradas no GAL e encaminhadas ao LACEN.

No sistema GAL cadastrar as amostras como **“AGRAVO → DOENÇA EXANTEMÁTICA”** e **preencher o campo “IDADE GESTACIONAL” da paciente, assim como resultados de exames anteriores (caso existam)**. Vale ressaltar a importância de se informar o número do cartão SUS da paciente.

A 2ª amostra deve ser cadastrada no GAL como nova amostra, recebendo **outra** numeração.

Para as unidades com acesso ao GAL, basta entregar as amostras no Lacen, devidamente acondicionadas e etiquetadas, acompanhadas do relatório de cadastro no Sistema.

4.1. Procedimentos para coleta, acondicionamento e transporte das amostras para o LACEN RJ:

- Coletar **o sangue** em tubo com gel separador e centrifugar (caso possua Centrifuga em sua unidade), enviando para o laboratório somente o Soro, com volume de 4 ml a 6 ml (1ª e 2ª amostras). Caso o sangue não possa ser centrifugado, conserve-o sob refrigeração na temperatura de +2°C a +8°C, por até 72 h (**o sangue não pode ser congelado**);
- **O soro** poderá permanecer em geladeira na temperatura de +2°C a +8°C por até 72 horas. Após este período deve ser congelado em freezer (-20°C), até o momento do transporte.
- Coletar de 30 a 40 ml de **urina** (1ª e 2ª amostras). Caso a urina possa ser entregue no mesmo dia, mantê-la refrigerada na temperatura de +2°C a +8°C. Caso contrário, armazená-la em freezer (-20°C), após 24 horas da coleta, até o momento do transporte;
- Para a **identificação da amostra**, o rótulo deve conter o nome completo e legível da paciente, por extenso, data da coleta (usar etiquetas com tinta resistente aos meios de conservação). Não usar esparadrapo ou outra fita adesiva para vedar a tampa do tubo de ensaio ou coletor de urina;
- **Recomenda-se, se possível, que o transporte das amostras ao LACEN seja feito no mesmo dia da coleta.**

5. Recomendações no caso de ocorrência de microcefalia em recém-nascidos:

- Consultar Nota Informativa MS Nº 01/2015 – COES MICROCEFALIAS (Disponível em <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/novembro/18/microcefalia-nota-informativa-17nov2015-c.pdf>);
- Notificar os casos de microcefalia no formulário do FormSus, pelo link: <http://j.mp/microcefalias> e no Sinasc, conforme orientação contida na Nota Informativa do Ministério da Saúde (Anexo 4).

6. Orientações dirigidas às gestantes:

Considerando a investigação de casos de microcefalia no Brasil e uma possível associação com o Zika Vírus, transmitido pelo mosquito do gênero *Aedes*, recomenda-se:

- ✓ Reforçar as medidas de proteção individual contra “picadas” do mosquito
- ✓ Sempre que possível utilize roupas que protejam partes expostas do corpo;
- ✓ Utilize repelentes regularmente e verifique atentamente no rótulo a concentração do produto e definição da frequência do uso para gestantes;

Para mais informações contate as Áreas Técnicas responsáveis.

Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde - CIEVS RJ:

Rua México, 128 Sala 402B - Castelo - Rio de Janeiro/RJ.

Tel./Fax: (21) 2333-3993 / 2333-3996 / 2333-3852 (Fax) – dias úteis em horário comercial

Celular Plantão: (21) 98596-6553 – Finais de semana, Feriados e das 18:00 às 8:00h.

E-mail: notifica@saude.rj.gov.br

Coordenadora: Sílvia Carvalho.

Gerência de Doenças Transmitidas por Vetores e Zoonoses - GDTVZ:

Rua México, 128 Sala 414 - Castelo - Rio de Janeiro/RJ.

Tel./Fax: (21) 2333-3878 / 2333-3881

E-mail: adtvz@saude.rj.gov.br

Gerente: Cristina Giordano.

Gerência de Doenças Gerência de Doenças Imunopreveníveis e de Transmissão Respiratória – GDITR:

R. México, 128 – sala 410 – Castelo - Rio de Janeiro/RJ.

Tel.: (21) 2333-3858 / 2333-3912 2333-4024 Fax: (21) 2333-3859

E-mail: sarampo@saude.rj.gov.br

Gerente: Itacirema Bezerra.

Coordenação de Vigilância Epidemiológica – CVE:

R. México, 128 – sala 416 – Castelo - Rio de Janeiro/RJ.

Tel.: (21) 2333-3866 / 2333-3776

E-mail: rita.vassoler@saude.rj.gov.br / cve@saude.rj.gov.br

Gerente: Rita Vassoler.

Laboratório Central de Saúde Pública Noel Nutels - LCNN:

Rua do Resende, nº 118 - Centro - Rio de Janeiro/RJ.

Tel.: (21) 2332-8597 / 2332-8606 (Fax)

E-mail: dgnnutels@saude.rj.gov.br

Diretor Geral: Igor Couto da Cruz.

6. Referências Bibliográficas:

Brasil. Ministério da Saúde. Nota Informativa MS Nº 01/2015 Disponível em <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/novembro/18/microcefalia-nota-informativa-17nov2015-c.pdf>>. Acesso em 20 nov 2015.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Nota informativa nº 6/2015 CIEVS/DEVIT/SVS/MS. ESP relacionado a casos de síndrome exantemática em estados da região NE do Brasil em 2015.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico. Brasília, v.46, nº15, 2015.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Nota Informativa: Procedimentos a serem adotados para a vigilância da Febre do Chikungunya no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Diretoria Técnica de Gestão. Dengue : diagnóstico e manejo clínico: adulto e criança / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Diretoria Técnica de Gestão. – 4. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013. 80 p. : il.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de alto risco: manual técnico / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 5. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010. 302 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Curso Básico de Vigilância Epidemiológica - CBVE - Nível Superior. 1 ed. Brasília: Fundação Nacional de Saúde. 2001.

ECLAMC Estudio Colaborativo Latinoamericano de Malformações Congênitas Manual operacional Rio de Janeiro, 2009, 90p.

Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais. CIEVS Minas, Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. CIEVS Belo Horizonte. -. Manual de Treinamento em Vigilância Sindrômica - Minas Gerais, 2014.

Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco. Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde. Protocolo Clínico e Epidemiológico para investigação de casos de microcefalia no estado de Pernambuco. Versão N° 01. Pernambuco, Novembro de 2015. 1ª edição – Pernambuco, 2015.

Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro. SES/RJ. Ficha de Notificação/Investigação de Exantema em Gestante. Disponível em < http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id_aplicacao=23642> Acesso em 20 nov 2015.

Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro. SES/RJ. Resolução SES/RJ N° 1.296, de 18 de novembro de 2015. Disponível em <<http://www.riocomsaude.rj.gov.br/Publico/MostrarArquivo.aspx?C=Qw7UdLfGvPk%3d>> Acesso em 20 nov 2015.

ANEXO 1: Resolução SES nº 1.296 de 18 de novembro de 2015.**RESOLUÇÃO SES Nº 1296 DE 18 DE NOVEMBRO DE 2015**

ESTABELECE A NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA IMEDIATA DE GESTANTES COM SÍNDROME EXANTEMÁTICA.

O SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE, no uso de suas atribuições legais,

CONSIDERANDO:

- que o Ministério da Saúde publicou a Portaria GM nº 1.813, de 11 de novembro de 2015, que declara Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN), por alteração do padrão de ocorrência de microcefalias no Brasil,

- que em alguns casos de microcefalia investigados em estados da região Nordeste havia relato de exantema na gestação, que a ocorrência de exantema em gestantes pode estar associada a diversas condições clínicas, incluindo doenças infecciosas, e

- a necessidade de estabelecer um protocolo de vigilância dos casos de exantema em gestantes de forma a adotar eventuais medidas de prevenção e controle,

RESOLVE:

Art. 1º - Estabelecer a notificação compulsória imediata de síndrome exantemática em gestantes;

§ 1º- Toda gestante que apresente exantema, independente da idade gestacional, deverá ser notificada em até 24h.

§ 2º- A notificação deverá ser feita, via formulário Formsus disponível em http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id_aplicacao=23642, www.riocomsaude.com.br/exantema, e-mail notifica@saude.rj.gov.br ou pelos telefones (21) 2333-3993, (21) 2333-3996, (21) 98596-6553.

Art. 2º - Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Rio de Janeiro 18 de novembro de 2015

FELIPE DOS SANTOS PEIXOTO

Secretário de Estado de Saúde

ANEXO 2:Ficha de Investigação de Exantema em Gestante (Frente)



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

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) ³⁰ [] Presença de Gânglios Retroauriculares /Occipitais
²³ [] Cefaléia ²⁸ [] Edema ³¹ [] Prurido
²⁴ [] Conjuntivite ²⁹ [] Febre ³² [] Tosse
²⁵ [] Coriza ³³ [] Hiperemia Conjuntival
²⁶ [] Diarréia ³⁴ [] 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 [] Consanguinidade [] História familiar
³⁷Ocorreu Hospitalização: [] Sim [] Não [] Ignorado ³⁸Se SIM, onde: _____

Resultados dos Exames Anteriores Realizados no Pré-Natal

1: ³⁹Exame: _____ ⁴⁰Data: ____/____/____ ⁴¹Resultado: _____
2: ⁴²Exame: _____ ⁴³Data: ____/____/____ ⁴⁴Resultado: _____
3: ⁴⁵Exame: _____ ⁴⁶Data: ____/____/____ ⁴⁷Resultado: _____
4: ⁴⁸Exame: _____ ⁴⁹Data: ____/____/____ ⁵⁰Resultado: _____

ANEXO 3: Instrucional da Ficha de Investigação de Exantema em Gestante (Página 1)



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/FORMLÁRIO:

- 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.

ANEXO 3: Instrucional da Ficha de Investigação de Exantema em Gestante (Página 2)

35) **Presença de Fatores de Risco para Microcefalia: OBRIGATORIO.** Informar se observou ou foi informado sobre a presença dos fatores de risco para microcefalia (Uso de drogas/alcool, Desnutrição, Exposição a substâncias químicas – medicamentos e contaminantes ambientais, Fertilização).

36) Em caso **AFIRMATIVO**, indicar o risco: **APENAS** se a resposta do CAMPO 35 for **SIM**, este campo aparecerá. Marcar os fatores de risco identificados ou informados.

37) **Ocorreu Hospitalização: OBRIGATORIO.** Informar se ocorreu ou não hospitalização.

38) Se **SIM**, onde: **APENAS** se a resposta do CAMPO 37 for **SIM**, este campo aparecerá. Informar a unidade onde o paciente foi hospitalizado.

39) **Exame 1:** Informar o nome do exame realizado.

40) **Data Exame 1:** Informar a data de realização do exame.

41) **Resultado Exame 1:** Informar o resultado do exame.

42) **Exame 2:** Informar o nome do exame realizado.

43) **Data Exame 2:** Informar a data de realização do exame.

44) **Resultado Exame 2:** Informar o resultado do exame.

45) **Exame 3:** Informar o nome do exame realizado.

46) **Data Exame 3:** Informar a data de realização do exame.

47) **Resultado Exame 3:** Informar o resultado do exame.

48) **Exame 4:** Informar o nome do exame realizado.

49) **Data Exame 4:** Informar a data de realização do exame.

50) **Resultado Exame 4:** Informar o resultado do exame.

51) **Data da 1ª Coleta:** Informar a data de coleta da amostra.

52) **Número GAL:** Informar o número de cadastro da amostra no GAL.

53) **1ª Coleta – Exame:** Informar o nome do exame solicitado na 1ª coleta.

54) **1ª Coleta – Material Coletado:** Informar o material coletado na 1ª coleta.

55) **1ª Coleta – Resultado:** Informar o resultado do exame solicitado na 1ª coleta.

56) **2ª Coleta – Exame 1:** Informar o nome do 1º exame solicitado na 2ª coleta.

57) **2ª Coleta – Material Coletado Exame 1:** Informar o material coletado para o 1º exame solicitado na 2ª coleta.

58) **2ª Coleta – Resultado Exame 1:** Informar o resultado do 1º exame solicitado na 2ª coleta.

59) **2ª Coleta – Exame 2:** Informar o nome do 2º exame solicitado na 2ª coleta.

60) **2ª Coleta – Material Coletado Exame 2:** Informar o material coletado para o 2º exame solicitado na 2ª coleta.

61) **2ª Coleta – Resultado Exame 2:** Informar o resultado do 2º exame solicitado na 2ª coleta.

62) **2ª Coleta – Exame 3:** Informar o nome do 3º exame solicitado na 2ª coleta.

63) **2ª Coleta – Material Coletado Exame 3:** Informar o material coletado para o 3º exame solicitado na 2ª coleta.

64) **2ª Coleta – Resultado Exame 3:** Informar o resultado do 3º exame solicitado na 2ª coleta.

65) **2ª Coleta – Exame 4:** Informar o nome do 4º exame solicitado na 2ª coleta.

66) **2ª Coleta – Material Coletado Exame 4:** Informar o material coletado para o 4º exame solicitado na 2ª coleta.

67) **2ª Coleta – Resultado Exame 4:** Informar o resultado do 4º exame solicitado na 2ª coleta.

68) **2ª Coleta – Exame 5:** Informar o nome do 5º exame solicitado na 2ª coleta.

SES-RAPVS – Ficha de Investigação de Exantema em Gestante – Versão 1.0.5 – Nov/2015

ANEXO 3: Instrucional da Ficha de Investigação de Exantema em Gestante (Página 3)

- 69) 2ª Coleta – Material Coletado Exame 5: Informar o material coletado para o 5º exame solicitado na 2ª coleta.
- 70) 2ª Coleta – Resultado Exame 5: Informar o resultado do 5º exame solicitado na 2ª coleta.
- 71) Data da Investigação: Informar a data de início da investigação.
- 72) Realiza Atendimento Pré-Natal: Informar se realizou ou não atendimento Pré-Natal.
- 73) Em caso AFIRMATIVO, informar o local: APENAS se a resposta do CAMPO 72 for SIM, este campo aparecerá. Informar, SEM ABBREVIAR, o nome do local onde realiza o atendimento Pré-Natal.
- 74) Data de Encerramento da Investigação: Informar a data de conclusão da investigação.
- 75) Observações:
- 76) Nome: OBRIGATORIO. Informar, SEM ABBREVIAR, o nome do responsável pela investigação.
- 77) Função: OBRIGATORIO. Informar, SEM ABBREVIAR, a função do responsável pela investigação.
- 78) Telefone de Contato: OBRIGATORIO. Informar o telefone do responsável pela investigação. Havendo mais de um, informar aquele que possibilita o contato mais rápido com o responsável pela investigação.
- 79) Município Investigador: OBRIGATORIO. Informar, SEM ABBREVIAR, o município que realizou a investigação.

ANEXO 4:Ficha de Notificação de Ocorrência de Microcefalia (Frente)

REGISTRO DE EVENTOS EM SAÚDE PÚBLICA - RESP
MICROCEFALIASMinistério da
Saúde

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 DOCUMENTO

5. 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 [] >3

28. PERÍMETRO CEFÁLICO (CM) –
TERMO: _____29. PERÍMETRO CEFÁLICO (DESVIO
PADRÃO) – PRÉ TERMO:

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

ANEXO 4:Ficha de Notificação de Ocorrência de Microcefalia (Verso)

REGISTRO DE EVENTOS EM SAÚDE PÚBLICA - RESP
MICROCEFALIA



Ministério da Saúde



DADOS CLÍNICOS E EPIDEMIOLÓGICOS DA CRIANÇA		
11. Apresentação (em): Duração da gestação: [] 36-42 semanas [] 34-35 semanas [] 32-33 semanas	12. Apresentação (em) e sistema circulatório da gestação: [] 1º. SIM, no 1º trimestre [] 2º. SIM, no 2º trimestre [] 3. SIM, no 3º trimestre [] 4. SIM, mas não estava a salvo do parto (gestação prematura) [] 5. NÃO APRESENTOU SINTOMAS [] não sabe	
13. ELAÇÃO EXATAS PARA PROCEDERER, SEM CONDIÇÃO CLÍNICA, TÓXICOLOGICA, OBITÓRIA PÚBLICA, O FETOPROTETO-VITREO E/OU EM VÍDEO NA REGIÃO DO PÉLVICO: [] 1. SIM [] 2. NÃO [] 3. NÃO SABE	14. ELAÇÃO EXATAS PARA OBTENIR, COMPLEMENTAR OU ZONA VITREO, NA REGIÃO DO PÉLVICO: [] 1. SIM [] 2. NÃO [] 3. NÃO SABE	
DADOS DE OCORRÊNCIA DA DOENÇA E QUALIDADE DA VIDA		
15. CIDADE DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (Cidade):	16. UF:	17. Município:
18. ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (HOSPITAL, MATERNIDADE, ETC):		
19. ENDEREÇO DO ESTABELECIMENTO (Rua, Travessa, Av, Bairro, ETC.):		
20. TELEFONE DO C.A.:	21. TELEFONE:	
DADOS DA MÃE BRANCA		
22. NOME DO ESTABELECIMENTO:		
23. End.: _____		
24. TELEFONE DO C.A.:	25. TELEFONE:	
DADOS DA CRIANÇA OCORRÊNCIA DA DOENÇA		
26. O PAI E A MÃE foram informados e receberam esclarecimentos sobre a ocorrência da doença? (sim/não) [] 1. SIM [] 2. NÃO [] 3. NÃO SABE. Se não, qual o motivo? (informar o motivo):		
27. O PAI E A MÃE foram informados e receberam esclarecimentos sobre a ocorrência da doença? (sim/não) [] 1. SIM [] 2. NÃO [] 3. NÃO SABE. Se não, qual o motivo? (informar o motivo):		
28. O PAI E A MÃE foram informados e receberam esclarecimentos sobre a ocorrência da doença? (sim/não) [] 1. SIM [] 2. NÃO [] 3. NÃO SABE. Se não, qual o motivo? (informar o motivo):		