



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

DADOS GERAIS	1	Tipo de Notificação	2 - Individual	
	2	Agravo/doença	Gestante com exantema ZIKA A 92.8	
	3	Data da Notificação		
DADOS DE RESIDÊNCIA	4	UF	5	Município de Notificação
	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	1-1ºTrimestre 2-2ºTrimestre 3-3ºTrimestre 4- Idade gestacional ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado	
	13	Raça/Cor	1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado	
DADOS DE RESIDÊNCIA	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	
	17	UF	18	Município de Residência
DADOS DE RESIDÊNCIA	19	Distrito	Código (IBGE)	
	20	Bairro	21	Logradouro (rua, avenida,...)
	22	Número	23	Complemento (apto., casa, ...)
	24	Geo campo 1	Código	
	25	Geo campo 2	26	Ponto de Referência
	27	CEP		
	28	(DDD) Telefone	29	Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado
30	Pais (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	Diarréia	42	Cefaléia	47	Sonolência	53	Flacidez de 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	Disfonia		

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

Investigação para gestantes

Gestantes e RN

158 Data Provável para o Parto _____	159 Realizou STORCH? 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/>	Diagnóstico laboratorial para doença infecciosa na gestação (IgM+) 1-Sim 162 <input type="checkbox"/> Toxoplasmose 165 <input type="checkbox"/> Sífilis 2-Não 163 <input type="checkbox"/> Rubéola 166 <input type="checkbox"/> Herpes 9-Ignorado 164 <input type="checkbox"/> Citomegalovírus 167 <input type="checkbox"/> Parvovirus
160 Data Nascimento (RN) _____	161 Dados de parto <input type="checkbox"/> <37 sem <input type="checkbox"/> >= 37 sem <input type="checkbox"/> Natimorto <input type="checkbox"/> Aborto	
168 Perímetro cefálico em cm (RN) _____	<input type="checkbox"/> Alterações neurológicas (descrever) _____	<input type="checkbox"/> Outras alterações (descrever) _____

Deslocamentos

Deslocamentos

169 Data de partida _____	170 Data de chegada _____	171 País _____
172 UF _____	173 Município visitado _____	
Meios de transporte 174 <input type="checkbox"/> Avião 175 <input type="checkbox"/> Carro 176 <input type="checkbox"/> Navio 177 <input type="checkbox"/> Ônibus 178 <input type="checkbox"/> Outros _____		
179 Data de partida _____	180 Data de chegada _____	181 País _____
182 UF _____	183 Município visitado _____	
Meios de transporte 184 <input type="checkbox"/> Avião 185 <input type="checkbox"/> Carro 186 <input type="checkbox"/> Navio 187 <input type="checkbox"/> Ônibus 188 <input type="checkbox"/> Outros _____		

Classificação final

Classificação final

189 Classificação Final 1-Em investigação 2-Descartado 3-Zika <input type="checkbox"/>	190 Critério de Confirmação/Descarte 1 - Laboratório 2 - Clínico-Epidemiológico <input type="checkbox"/>	191 Data do encerramento _____
192 Evolução do Caso 1-Cura 4-Óbito em investigação <input type="checkbox"/> 2-Óbito por Zika 9-Ignorado 3-Óbito por outras causas	193 Data do óbito _____	194 Autoctonia 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/>
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 _____	