



**CASO SUSPEITO:** Todo recém-nascido cuja mãe foi caso suspeito, confirmado de rubéola ou contato de caso confirmado de rubéola, durante a gestação ou; Toda criança até 12 meses de idade que apresente sinais clínicos e compatíveis com infecção congênita pelo vírus da rubéola, independente da história materna.

Dados Gerais	1	Tipo de Notificação	2 - Individual	
	2	Agravo/doença	Código (CID10)	3 Data da Notificação
	<b>SÍNDROME DA RUBÉOLA CONGÊNITA</b>		<b>P 3 5. 0</b>	
4	UF	5	Município de Notificação	Código (IBGE)
6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código	7	Data do Diagnóstico

Notificação Individual	8	Nome do Paciente	9	Data de Nascimento
	10	(ou) Idade	11	Sexo
	12	Gestante	13	Raça/Cor
	14	Escolaridade	16	Nome da mãe

Dados de Residência	17	UF	18	Município de Residência	Código (IBGE)	19	Distrito
	20	Bairro	21	Logradouro (rua, avenida,...)	Código		
	22	Número	23	Complemento (apto., casa, ...)	24	Geo campo 1	
	25	Geo campo 2	26	Ponto de Referência	27	CEP	
	28	(DDD) Telefone	29	Zona	30	Pais (se residente fora do Brasil)	

**Dados Complementares da Criança**

Ant. Epid.	31	Data da Investigação	32	Recém Nascido	33	Peso ao Nascer
				1 - A Termo 2 - Prematuro (< 37 Semanas) 9 - Ignorado		gramas

Dados Clínicos	34	Sinais Maiores - Grupo I	35	Sinais Menores - Grupo II
	<input type="checkbox"/> Catarata <input type="checkbox"/> Retinopatia Pigmentar <input type="checkbox"/> Glaucoma Congênito <input type="checkbox"/> Deficiência Auditiva <input type="checkbox"/> Cardiopatia Congênita	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	<input type="checkbox"/> Retardo Psico-Motor <input type="checkbox"/> Microcefalia <input type="checkbox"/> Meningoencefalite <input type="checkbox"/> Hepatoesplenomegalia <input type="checkbox"/> Icterícia	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

Dados do Exame Laboratorial da Criança	Coleta de Sangue					
	36	Data da Coleta da 1ª Amostra	37	Data da Coleta da 2ª Amostra	38	Data da Coleta da 3ª Amostra
	39	Resultado dos Exames Sorológicos				
	40	Amostra Clínica	41	Resultado		

