

OFÍCIO CIRCULAR Nº. 005/17 – LACEN / DIRETORIA

Teresina, 05 de Setembro de 2017.

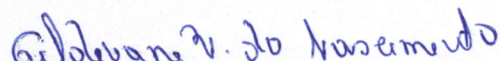
Assunto: Realização da sorologia de Rubéola e Sarampo

Prezado (a) Senhor (a),

Informamos que em virtude da eliminação da Rubéola das Américas e de não serem registrados casos da doença há 07 anos consecutivos, para a realização da sorologia de Rubéola e Sarampo serão necessárias o envio da amostra acompanhada de Ficha de Investigação de Doenças Exantemáticas (Anexo I) e Ficha Notificação/Conclusão (Anexo II). Caso não sejam enviadas, as amostras serão descartadas – pela ausência de critérios clínicos e epidemiológicos.

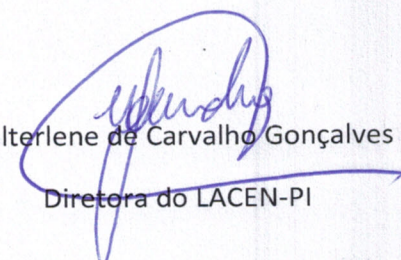
Em casos de gestantes não será realizada a sorologia Rubéola IgM, conforme as recomendações da Nota Técnica N°17/2013-DEVEP/SVS/MS e Nota Informativa n°01 de 2015/SVS/SAS/MS.

Atenciosamente,

  
Gildevane Vieira do Nascimento

Gerente Técnica do LACEN-PI

*Gildevane Vieira do Nascimento*  
Gerente Técnica do LACEN-PI  
Mat. 168502-3

  
Walterlene de Carvalho Gonçalves  
Diretora do LACEN-PI

*Walterlene de Carvalho Gonçalves*  
FARMACÊUTICA - BIOQUÍMICA  
DIRETORA DO LACEN - PI  
CRF 497 / PI

## ANEXO I

República Federativa do Brasil  
Ministério da Saúde

SINAN  
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO  
FICHA DE INVESTIGAÇÃO DOENÇAS EXANTEMÁTICAS FEBRIS  
SARAMPO / RUBÉOLA

Nº

**CASO SUSPEITO DE SARAMPO:** Todo paciente que apresentar febre e exantema maculopapular, acompanhados de um ou mais dos seguintes sinais e sintomas: tosse e/ou coriza e/ou conjuntivite, independente da idade e da situação vacinal.  
**CASO SUSPEITO DE RUBÉOLA:** Todo paciente que apresente febre e exantema maculopapular, acompanhado de linfadenopatia retroauricular, occipital e cervical, independente da idade e da situação vacinal.

**1** Tipo de Notificação **2** - Individual

**3** Agravado de **DOENÇAS EXANTEMÁTICAS** **1** - SARAMPO **2** - RUBÉOLA

**4** UF **5** Município de Notificação

**6** Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) **7** Data da Notificação

**8** Nome do Paciente **9** Data de Nascimento

**10** (ou) Idade **11** Sexo **12** Gestação **13** Raza/Cor

**14** Escleridade **15** Número do Cartão SUS **16** Nome da mãe

**17** UF **18** Município de Residência **19** Distrito

**20** Bairro **21** Logradouro (rua, avenida, ...) **22** CEP

**23** Número **24** Complemento (apto., casa, ...) **25** Geo campo 1

**26** Geo campo 2 **27** Ponto de Referência **28** CEP

**29** (DDD) Telefone **30** Zona **31** País (se residente fora do Brasil)

**Dados Complementares do Caso**

**32** Data de Investigação **33** Ocupação

**34** Tomou Vacina Contra Sarampo e Rubéola (dupla ou tríplice) **35** Data de Última Dose

**36** Contato Com Caso Suspeito ou Confirmado de Sarampo ou Rubéola (até 23 dias antes do início dos sinais e sintomas)

**37** Nome do Contato **38** Endereço do contato (Rua, Av., Apto., Bairro, Localidade, etc.)

**39** Data do início do Exantema (manchas vermelhas no corpo) **40** Data do início da Febre

**41** Outros Sinais e Sintomas **42** Doenças Exantemáticas

**43** Toux **44** Conjuntivite (olhos avermelhados) **45** Artalgia/Artrite (dores nas juntas) **46** Presença de Gânglios Retroauriculares/Occeptais (caroço atrás da orelha/peçoço) **47** Dor Retro-Ocular (dor atrás da retina dos olhos)

Doenças Exantemáticas SINAN NET SVS 13/09/2006

[illegible]

## ANEXO II

República Federativa do Brasil  
Ministério da Saúde

**SINAN**  
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO  
FICHA DE NOTIFICAÇÃO/CONCLUSÃO

Nº

|                        |                                                  |                                                       |                                        |                                   |
|------------------------|--------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------|
| Dados Gerais           | 1 Tipo de Notificação                            | 2 - Individual                                        |                                        | 3 Data de Notificação             |
|                        | 2 Agravado/doença                                | Código (CID10)                                        | 3 Data de Nascimento                   | Código (IBGE)                     |
|                        | 4 UF 5 Município de Notificação                  | Código                                                | 7 Data dos Primeiros Sintomas          |                                   |
| Notificação Individual | 6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) | Código                                                | 8 Nome do Paciente                     | 9 Data de Nascimento              |
|                        | 10 (ou) Idade                                    | 11 Sexo M - Masculino<br>F - Feminino<br>I - Ignorado | 12 Gestante                            | 13 Raza/Cor                       |
|                        | 14 Escolaridade                                  | 15 Número do Cartão SUS                               |                                        | 16 Nome da Mãe                    |
|                        | 17 UF 18 Município de Residência                 | Código (IBGE)                                         | 19 Dóbito                              |                                   |
| Dados de Residência    | 20 Bairro                                        | 21 Logradouro (rua, avenida, ...)                     | 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 País (se residente fora do Brasil)  |                                   |
|                        | 31 Data da Investigação                          |                                                       |                                        |                                   |
| Conclusão              | 32 Classificação Final                           | 33 Critério de Confirmação/Descarte                   | 34 Local Provável da Fonte de Infecção |                                   |
|                        | 35 UF 36 País                                    | 37 Município                                          | 38 Distrito                            | 39 Bairro                         |
|                        | 40 Doença Relacionada ao Trabalho                | 41 Evolução do Caso                                   | 42 Data do Óbito                       | 43 Data do Encerramento           |
|                        | Informações complementares e observações         |                                                       |                                        |                                   |
| Investigador           | Observações adicionais                           |                                                       |                                        |                                   |
|                        | Município/Unidade de Saúde                       |                                                       |                                        |                                   |
|                        | Nome                                             |                                                       |                                        |                                   |
|                        | Função                                           |                                                       |                                        |                                   |
| Notificação/conclusão  |                                                  |                                                       |                                        |                                   |
| Sinan NET              |                                                  |                                                       |                                        |                                   |
| Assinatura             |                                                  |                                                       |                                        |                                   |
| SVS 27/09/2005         |                                                  |                                                       |                                        |                                   |