



## NOTIFICAÇÃO PARA CASO SUSPEITO DE MICROCEFALIA

### Definição de caso:

**Termo:** Recém nascido, entre 37 e 42 semanas de gestação, com perímetro cefálico aferido ao nascimento igual ou menos que 32 cm, na curva da OMS **OU**

**Pré-Termo:** Recém nascido, menor que 37 semanas de gestação, com perímetro cefálico aferido ao nascimento, menor ou igual ao percentil 3 (dois desvios padrão) na curva de Fenton.

### Encaminhamentos:

1. Notificar imediatamente no “**formulário de Registro de Eventos de Saúde Pública referente às microcefalias (RESP – Microcefalias – Anexo 2)**” e inserir os dados no formulário eletrônico <http://www.resp.saude.gov.br/microcefalia#/painel>;
2. Informar sobre a notificação imediatamente ao setor de epidemiologia da SMS através do telefone (24)33399656 e/ou email [epidemio.sms@epdvr.com.br](mailto: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 FOLLOW UP para acompanhamento especializado com descrição detalhada do caso na ficha de referência. Realizar contato telefônico (24)33399719 para agendamento PRIORITÁRIO;
5. Manter o monitoramento do caso.

## 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 [ ] >328. PERÍMETRO CEFÁLICO (CM) –  
TERMO: \_\_\_\_\_29. PERÍMETRO CEFÁLICO (DESVIO  
PADRÃO) – PRÉ TERMO:  
\_\_\_\_\_

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

