

Nota técnica DGCCA n.º27/16

Recife, 29/Julho/2016

Assunto: Utilização da Plataforma de Registro de Eventos em Saúde Pública do Ministério da Saúde (RESP/SVS/MS) para notificação dos casos de Microcefalia e/ou alteração do sistema nervoso central (SNC)

O Estado de Pernambuco é uma das Unidades Federadas pioneiras no estabelecimento dos critérios para detecção e notificação de quadros sugestivos de microcefalia e/ou alteração do sistema nervoso central (SNC) em recém-nascidos do estado de Pernambuco. Desde o início desta emergência em saúde e pública foi instituída pela Secretaria Estadual de Saúde (SES-PE) a notificação compulsória imediata de todos os casos suspeitos dessa(s) anomalia(s), seja no intra-útero, seja em recém-nascidos. Mais recentemente, as gestantes com exantema também foram incluídas sob este mesmo sistema de vigilância, baseado no registro desses casos na planilha eletrônica do formsus, ferramenta que ficou vigente até este mês de julho/2016.

A partir de 01/agosto/2016, conforme pactuação com a Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS), a planilha eletrônica do formsus será substituída por outro formulário eletrônico desenvolvido especificamente para coletar dados sobre casos suspeitos de microcefalia para investigação de infecção durante a gestação e identificação de crianças com distúrbio no desenvolvimento neuropsicomotor. Esse instrumento denomina-se RESP Microcefalia (Registro de Eventos em Saúde Pública).

Não haverá mudanças no procedimento de acesso ao RESP que seguirá disponível no mesmo endereço da plataforma do Cievs (cievspe.com), onde estava contida a ferramenta de notificação anterior.

O RESP possui estrutura e variáveis semelhantes ao instrumento do FormSus. Para conhecimento apresentamos, em anexo, cópia da máscara dessa planilha eletrônica. Quaisquer dúvidas ou problemas sobre sua utilização devem ser comunicadas ao e-mail microcefaliape@gmail.com ou para equipe de microcefalia da SES-PE, por meio do fone: **81-3184.0218**.


George Santiago Dimech

Diretoria-Geral de Controle de Doenças e Agravos
Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde
Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco

Registro de casos de Microcefalia e/ou alteração do sistema nervoso central (SNC)

Data da notificação: *

 

Notificação de: *

Segundo definição vigente nos protocolos disponíveis no site www.saude.gov.br

Dados para identificação da gestante ou puérpera

Informe os dados sobre a gestante ou puérpera para que a vigilância possa realizar a investigação com o instrumento detalhado.

Nome da gestante/mãe: *

Número do Prontuário da gestante/mãe:

Tipo de documento: *

Número do Cartão SUS, CPF ou RG: *

Obs.: se não tiver documento coloque 0 em todo o campo

Data de Nascimento da gestante/mãe:

Obs.: se não souber coloque a data 31/12/2015

 **Idade da gestante/mãe: ***

Obs.: se não tiver documento coloque 99 em todo o campo.

Raça/cor da gestante/mãe: * ▼**Dsei** ▼**Etnia** ▼**UF de residência da gestante/mãe: *** ▼**Município de Residência da gestante/mãe: *** ▼**Bairro:****CEP:****Logradouro (Rua, Avenida): ***

Número: ***Ponto de referência:****DDD: *****Número de contato (fixo ou celular): ***

Identificação do nascido vivo

Campos exclusivos para registro de nascido vivo. Se gestante, selecione não se aplica (NA) para as questões abaixo.

Nome do recém-nascido ou lactente: *

Obs.: se não nasceu ou não tiver nome, marcar opção ao lado (checkbox)

 Sexo: *

Obs: se não nasceu selecione "IGNORADO"

Data de Nascimento: **Peso (em gramas)**

Comprimento (em centímetros)**Número da declaração de nascido vivo - DNV**

Gestação e Parto

Informações sobre a identificação da microcefalia durante a gestação ou no pós-parto.

Tipos de alteração congênita: ***Quando foi detectada a alteração congênita: *****Idade gestacional na detecção da microcefalia (em semanas): ***

Obs.: pode ser ainda na gestação ou momento do parto. Caso não tenha microcefalia digite "99"

Tipo de gravidez: ***Classificação do nascido vivo ou natimorto: *****Perímetro cefálico (PC) (em centímetros com uma casa decimal)**

Registre o perímetro cefálico incluindo a decimal (exemplo: 31,5). Obs.: se não tiver a informação colocar 99,9.

Circunferência Craniana (se detectado no intraútero) em centímetros incluindo a decimal (exemplo: 28,5)

Deixar em branco, caso não tenha realizado exame de imagem durante a gestação

Dados Clínicos e epidemiológicos da mãe/gestante

Informe abaixo se durante a gestação ou no pós-parto imediato a mãe cumpre as seguintes condições

Data provável de Início de Sintomas: **Apresentou Febre durante a gestação:***

Obs.: especialmente nos primeiros meses de gestação.

Apresentou exantema durante a gestação, informe o primeiro período da ocorrência:***Marque outros sinais/sintomas que apresentou durante a gestação:****Realizou exame laboratorial para, pelo menos, um dos STORCH, na gestação ou pós-parto:***

(Sífilis, Toxoplasmose, Rubéola, Citomegalovírus, Herpes vírus). Obs.: se tiver realizado, informe os resultados nas Observações Gerais

Resultado de exames para Sífilis:*

Resultado de exames para Toxoplasmose: ***Histórico de infecção recente por outros arbovírus: *****Realizou exame para vírus Zika: ***

Para vírus Zika vírus pode ser confirmação clínico-epidemiológica realizada pelo médico assistente

Resultado de exames para vírus Zika: ***Possui histórico de malformação congênita na família: ***

Exames de Imagem

Dados da Ultrassonografia (na gestação): ***Data da Ultrassonografia** **Descreva as demais informações relativas à Ultrassonografia**

Total de caracteres restantes: 6000

Dados da Ultrassonografia Transfontanela: ***Data da Ultrassonografia Transfontanela** **Descreva as demais informações relativas à Ultrassonografia Transfontanela**

Total de caracteres restantes: 6000

Dados da Tomografia Computadorizada: ***Data da Tomografia Computadorizada** **Descreva as demais informações relativas à Tomografia**

Total de caracteres restantes: 6000

Dados da Ressonância Magnética: ***Data da Ressonância Magnética** **Descreva as demais informações relativas à Ressonância**

Total de caracteres restantes: 6000

Local de ocorrência

Dados do estabelecimento de saúde.

Código do estabelecimento de saúde (CNES)

Obs.; se não souber, deixe em branco.

UF: ***Município: *****Estabelecimento de saúde: ***

Obs.: local de ocorrência do parto ou maternidade

Endereço do estabelecimento (logradouro e número):*

DDD:

Número de contato (fixo ou celular):

Observações

Observações

INSTRUÇÃO: informe o resultado dos exames laboratoriais realizados para STORCH (sífilis, toxoplasmose, outras doenças infecciosas, rubéola, citomegalovírus ou herpes vírus); informe se foi testado para dengue, chikungunya ou zika vírus; se o médico suspeitou clinicamente de zika vírus ou outras infecções durante a gestação; se usou medicamentos durante a gestação - quais; se é usuária de drogas - quais e frequência; conclusão do laudo de exames de imagem (ultrassom, ressonância, tomografia) e informe se há presença de calcificações na imagem ou outra informação relevante.

Total de caracteres restantes: 6000

Evolução

Óbito:

Não ▼

Número da Declaração de Óbito - DO

Deixar em branco, caso ainda esteja na gestação

Data de Óbito

//____ 

Notificador

Informe seus dados para que a equipe da vigilância em saúde possa entrar em contato com você.

Nome do notificador: ***E-mail do notificador: ***

Telefone de contato do notificador (fixo ou celular):*

 Salvar

 

Suporte a sistemas: 136 - opção 8
e-mail: suporte.sistemas@saude.gov.br
Fale conosco: <http://datasus.saude.gov.br/fale-conosco>