



Vigilância das Microcefalias Relacionadas à Infecção pelo Vírus Zika

1- IDENTIFICAÇÃO

① Nome:	② Data de Nascimento	③ Idade (anos)	
④ Gênero: 1- Masc 2- Fem	⑤ Gestante 1- Sim 2 - Não	⑥ Idade Gestacional	
⑦ Vacina Tríplice	⑧ Data da Vacina Tríplice		
⑨ Endereço (rua/avenida/nº/bairro)			
⑩ Município de Residência:	⑪ UF	⑫ GVE	⑬ Contato (telefone/email):

2- MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

⑭ Dengue anterior: 1- Sim 2 - Não	⑮ Ano da Ocorrência:
-----------------------------------	----------------------

3- SINAIS E SINTOMAS

⑯ Data de Início dos Sintomas				
⑰ Sinais e sintomas	1- Sim	2- Não	9- Ignorado	
<input type="checkbox"/> Febre			<input type="checkbox"/> Exantema	<input type="checkbox"/> Outros _____
<input type="checkbox"/> Hiperemia Conjuntival			<input type="checkbox"/> Diarreia	
<input type="checkbox"/> Poliartrite			<input type="checkbox"/> Sintomas respiratórios	
<input type="checkbox"/> Artralgia			<input type="checkbox"/> Cefaléia	
<input type="checkbox"/> Prurido			<input type="checkbox"/> Mialgia	
<input type="checkbox"/> Manifestações hemorrágicas _____			<input type="checkbox"/> Edema de Membros	

4- ATENDIMENTO

⑱ Nome do hospital	Data do atendimento
⑲ Município do hospital	⑳ UF