



NOTA TÉCNICA 01/2016

Fluxo de Atendimento para casos de Microcefalia e/ou Suspeita de Infecção Congênita Causada pelo Vírus Zika (EM SITUAÇÃO NÃO EPIDÊMICA)

1. DEFINIÇÃO DE CASOS SUSPEITOS

- a. GESTANTE COM SUSPEITA DE INFECÇÃO PELO VÍRUS ZIKA – quadro clínico de exantema maculopapular durante a gestação, acompanhado de: febre OU hiperemia ocular OU poliartralgia OU edema periarticular OU contato com doentes com Dengue, Zika e/ou Chikungunya;
- b. FETO, NATIMORTO ou RECÉM-NASCIDO VIVO COM MICROCEFALIA* ou alterações do Sistema Nervoso Central sugestivas de infecção congênita;
- c. ABORTO ESPONTÂNEO – com suspeita clínica e/ou laboratorial de infecção congênita.

* DEFINIÇÃO DE MICROCEFALIA:

1. INTRA-ÚTERO: feto com diâmetro biparietal ou perímetro cefálico abaixo do percentil três ou menor que dois desvios-padrão E desproporcionalmente menor que o peso e comprimento fetal para idade gestacional e sexo. *Recomenda-se ao ultrassonografista contatar o profissional / serviço de saúde solicitante do exame para discutir o caso.*
2. PÓS-PARTO: Recém-nascido (RN), natimorto ou aborto com perímetro cefálico (PC) aferido ao nascimento (e confirmado após 24h) menor que dois desvios-padrão ou abaixo do percentil três E desproporcionalmente menor que o peso e estatura para idade gestacional e sexo.

LEMBRAR:

- *Avaliar e comparar os valores e desvios-padrão/percentis de perímetro cefálico, peso e estatura (comprimento) em relação ao sexo e idade gestacional do RN/feto/natimorto utilizando, por exemplo, ferramentas de cálculo disponíveis online ou as curvas de crescimento de Fenton 2013 (anexo 1 e 2), Intergrowth 2014 ou OMS.*



- *A medida de perímetro cefálico feita em sala de parto pode ser menor do que o real devido à sobreposição de suturas durante a passagem pelo canal de parto. Portanto, para confirmar um caso de microcefalia, a medida do perímetro cefálico deve ser repetida e confirmada por profissional habilitado, preferencialmente após 24h.*
- *Não se encaixam na definição de microcefalia os fetos ou recém-nascidos com perímetro cefálico pequeno, nos quais o peso e a estatura também são proporcionalmente pequenos para a idade gestacional. Estes casos podem ser enquadrados como retardo de crescimento intra-uterino (RCIU) ou recém nascidos pequenos para idade gestacional (PIG) e deverão ser investigados segundo os protocolos pediátricos vigentes para cada uma destas situações.*
- *Informar a Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba pelo e-mail microcefalia@sms.curitiba.pr.gov.br, contendo: 1. nome completo da gestante; 2. data de nascimento; 3. nome da mãe; 4. telefone; 5. endereço e 6. Laudo da USG e/ou dados do RN (IG/sexo/peso/estatura/PC/Apgar).*

2. INVESTIGAÇÃO DE MICROCEFALIA / INFECÇÃO CONGÊNITA POR ZIKA

- a) TRIAGEM INFECCIOSA: no momento do parto, mesmo nos casos em que há dúvidas ou que ainda não foram discutidos pela equipe médica, garantir a coleta de amostras clínicas da gestante e da criança. As orientações para a coleta, armazenamento e transporte das amostras clínicas constam nos Anexos 3 a 5.
- **Sangue do cordão umbilical ou sangue periférico:** 2 a 10 mL;
 - **Placenta:** aprox. 6 fragmentos de dimensões de 1cm³ cada;
 - **Líquido cefalorraquidiano (LCR) do RN:** se coletado, separar 1 mL;
 - **Sangue e Urina da mãe:** 10 mL cada.

No caso de GESTANTES COM EXANTEMA, coletar amostras de sangue/soro, urina e secreção nasofaríngea para pesquisa de Zika e dos diagnósticos diferenciais das demais doenças exantemáticas.

- b. EXAMES LABORATORIAIS INESPECÍFICOS do RN, conforme indicação clínica: realizados no próprio laboratório local.
- **Hemograma completo;**
 - **Função hepática;**
 - **Função renal;**
 - **Quimiocitológico, bacterioscopia e cultura do LCR (se coletado)**
- c. EXAMES DE IMAGEM:
- **Ultrassonografia transfontanela (USTF);**
 - **Tomografia de crânio (TAC).**



Além da microcefalia, investigar alterações ou malformações de SNC como ventriculomegalia, alargamento/alterações de fossa posterior como hipoplasia de cerebelo, agenesia/hipoplasia de corpo caloso, ou mesmo alterações ósteo-articulares (ex: artrogrípse).

Ressalta-se que a alta hospitalar do RN não deve ser adiada para a realização de exame de imagem, podendo ele ser agendado via ambulatorial.

- d. **TRIAGEM NEONATAL:** deve ser realizada nos primeiros dias de vida para detecção precoce de doenças ou condições clínicas que possam comprometer o desenvolvimento da criança. No caso da microcefalia, a mesma está relacionada a alterações do desenvolvimento neuropsicomotor, comportamento, podendo ser acompanhadas por problemas auditivos e visuais.
- **Triagem Auditiva Neonatal (TAN):** 24-48h de vida na maternidade
 - **Triagem Ocular Neonatal (TON):** 24-48h de vida na maternidade
 - **Exame do Fundo de Olho (fundoscopia):** deve ser realizado para avaliar sinais de infecção congênita.
 - **Seguimento do RN:** consultas de puericultura conforme rotina de RN de alto risco.

Atualizar as ações de saúde conforme estas forem realizadas para os RNs e crianças menores de 3 anos inscritas no form SUS.

3. NOTIFICAÇÕES

Para discussão do caso, o serviço de saúde responsável pelo atendimento da gestante e/ou recém-nascido poderá utilizar o formulário "Triagem de casos suspeitos" (anexo 6), informando os dados principais e a hipótese diagnóstica ao respectivo Distrito Sanitário (DS), assim como ao Centro de Epidemiologia da SMS (telefone 3350-9371) e para o e-mail microcefalia@sms.curitiba.pr.gov.br. A vigilância epidemiológica do DS organizará o fluxo para coleta e transporte das amostras clínicas ao LACEN-PR.

A notificação no Registro de Eventos de Saúde Pública (RESP) www.resp.saude.gov.br (anexo 7) e/ou Sistema de Informação de Agravos de



Notificação (SINAN NET) poderá ser discutida previamente com o nível central da SMS (Centro de Epidemiologia e/ou SAS). Todos os casos notificados no RESP deverão ser investigados, o que inclui a coleta de amostras clínicas e o preenchimento do "Questionário completo de Investigação de casos suspeitos de microcefalia relacionada à infecção pelo vírus Zika" (MS-BR págs.61-70 do Protocolo de Vigilância e Resposta disponível em http://portal.msa.gov.br/images/stories/2014/01/01/Protocolo_de_Vigilancia_e_Resposta_V1_0_22Jan2014.pdf).

Registrar os casos de microcefalia ou malformações também na declaração de nascidos vivos/sistema de informação de nascidos vivos (SINASC), referenciados nos campos 06 e 41.

Em caso de dúvidas, entre em contato através do telefone: (41) 8535-0783 ou e-mail microcefalia@sms.curitiba.pr.gov.br

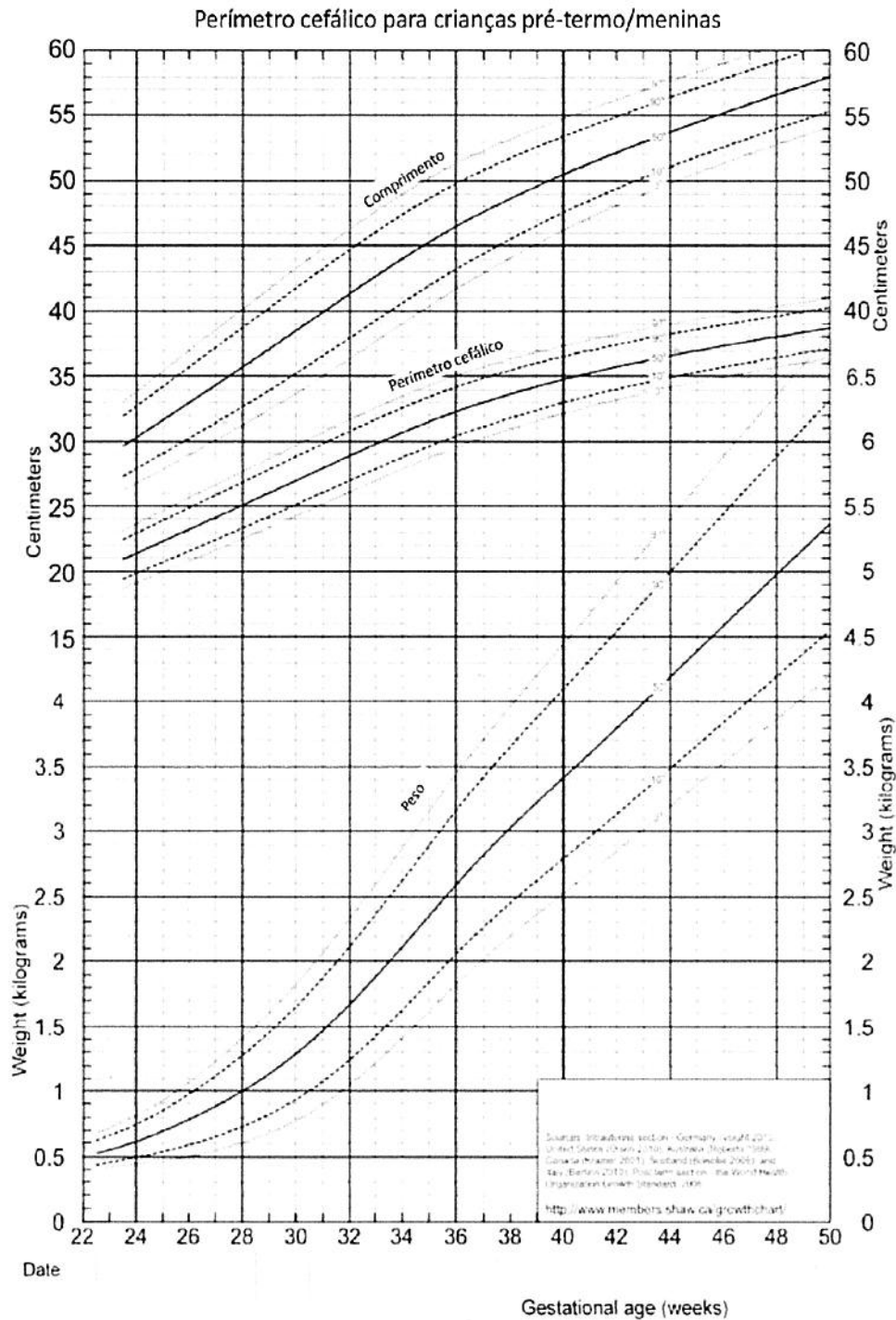
4. ORIENTAÇÕES PARA ACOMPANHAMENTO DAS GESTANTES E RECÉM NASCIDOS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

As gestantes que se enquadram nos critérios descritos acima deverão ser encaminhadas ao **ambulatório de obstetrícia – avaliação de risco** para análise e triagem do caso sendo referenciadas para o hospital de alto risco.

O recém nascido deverá ser encaminhado para acompanhamento no ambulatório de neurologia/RN de risco.



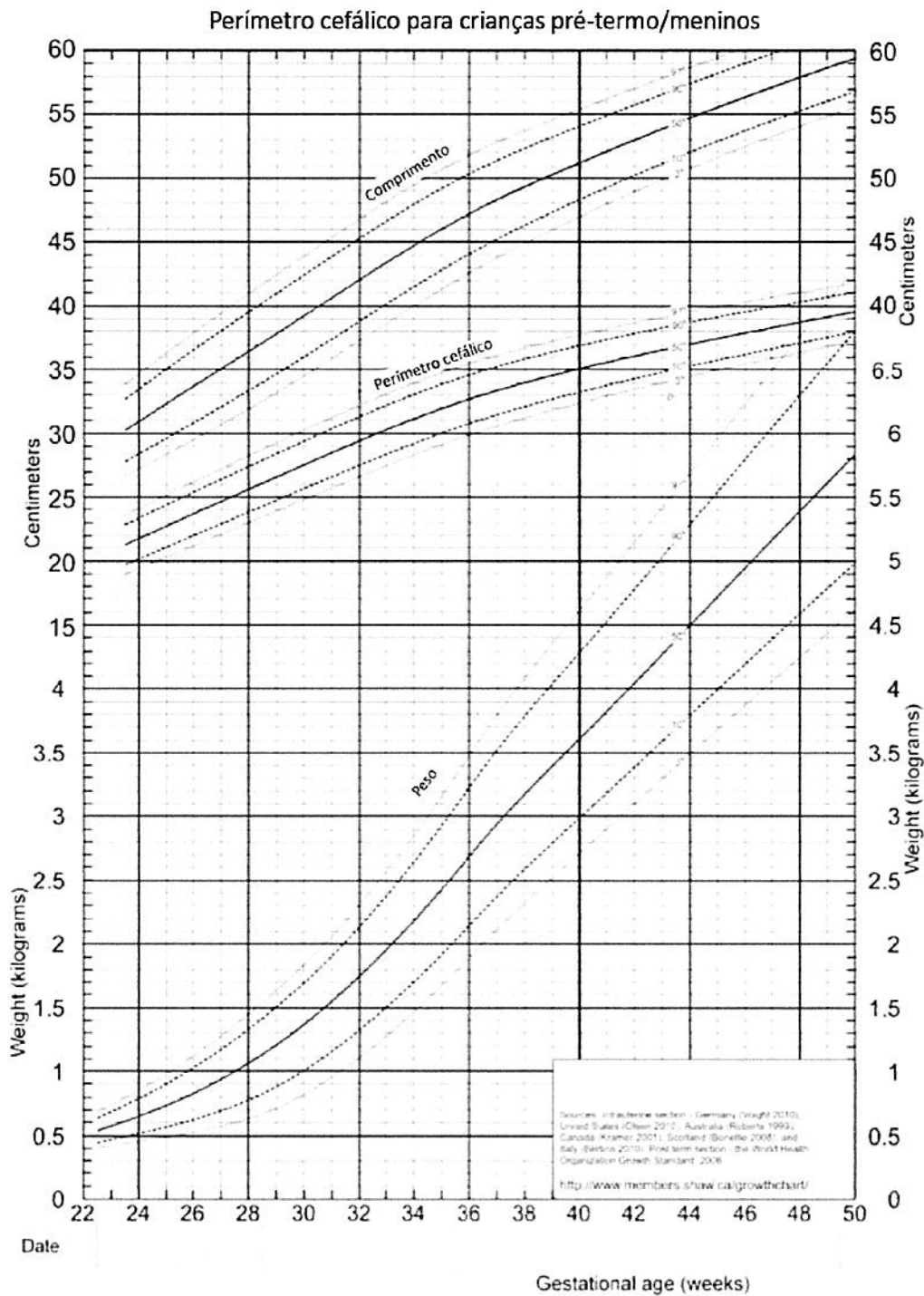
ANEXO 01 – Curvas de Crescimento de Fenton para crianças (pré termo) - meninas



Fonte: Fenton, Tanis R and Kim, Jae H. A systematic review and meta-analysis to revise the Fenton growth chart for preterm infants. BMC Pediatr. 2013; 13: 59. Published online 2013 April 20. doi: 10.1186/1471-2431-13-59. <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2431-13-59.pdf>



ANEXO 02 – Curvas de Crescimento de Fenton para crianças (pré termo) - meninos



Fonte: Fenton, Tanis R and Kim, Jae H. A systematic review and meta-analysis to revise the Fenton growth chart for preterm infants. BMC Pediatr. 2013; 13: 59. Published online 2013 April 20. doi: 10.1186/1471-2431-13-59. <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2431-13-59.pdf>



ANEXO 03 – Coleta de amostras clínicas para investigação laboratorial Suspeita de Zika Congênita – LACEN/PR

MATERIAL	PESQUISA	MÉTODO	PROCEDIMENTO DE COLETA	ARMAZENAMENTO E CONSERVAÇÃO	ACONDICIONAMENTO E TRANSPORTE
Soro	STORCH: Sífilis Toxoplasmose Rubéola CMV, HIV, HSV Zika Chikungunya Dengue Se a gestante apresentar exantema , pesquisar também: Sarampo e Parvovírus	Sorologia e RT-PCR (Cadastrar no GAL: Microcefalia)	Gestante: Coletar 10mL de sangue total sem anticoagulante. RN: coletar 10mL de sangue de cordão umbilical ou 2 a 5mL de sangue periférico sem anticoagulante.	Centrifugar o tubo de coleta para separar o soro. Para as sorologias , dividir o soro em 4 tubos, pois cada um será encaminhado ao devido setor (0,5mL para sífilis, 0,5mL Toxo-CMV, 0,5mL rubéola-sarampo-parvo-herpes e 0,5mL IgM dengue-chik) Para RT-PCR , transferir 1mL de soro para um microtubo com tampa de rosca específico para realização de PCR. <i>Os tubos específicos podem ser fornecidos pelo Lacen/PR, mediante solicitação prévia.</i>	Congelar a -20°C. Enviar ao Lacen/PR em caixa de isopor com bastante gelo reciclável, preferencialmente e no mesmo dia da coleta.
LCR (líquido cefalorraquidiano)	Zika	RT-PCR (Cadastrar no GAL: Zika – biologia molecular)	RN: 1mL de LCR em microtubo com tampa de rosca específico para PCR.	Congelar a -20°C.	Congelar a -20°C. Enviar ao Lacen/PR em caixa de isopor com bastante gelo reciclável.
Urina (gestante exantema e menos de 5 dias de início dos sintomas)	Zika	RT-PCR (Cadastrar no GAL: Zika – biologia molecular)	Coletar 10 mL de urina em frasco tipo Falcon.	Congelar a -20°C.	Congelar a -20°C. Enviar ao Lacen/PR em caixa de isopor com bastante gelo reciclável.
Placenta e Visceras (natimorto)	Zika	RT-PCR (Cadastrar no GAL: Zika – biologia molecular)	Coletar 3 fragmentos de 1cm³ da placenta. Se Aborto ou Natimorto , coletar também 1cm ³ de cérebro, fígado, coração, pulmão, rim e baço.	Acondicionar cada fragmento em tubo estéril cônico com tampa de rosca específico para PCR (fornecido pelo Lacen/PR). Não utilizar nenhum conservante. Congelar a -20°C.	Congelar a -20°C. Enviar ao Lacen/PR em caixa de isopor com bastante gelo reciclável.
	Zika	Histopatológico e Imuno-histoquímica	Coletar 3 fragmentos de 1cm³ da placenta. Se Aborto ou natimorto , coletar também 1cm ³ de cérebro, fígado, coração, pulmão, rim e baço.	Acondicionar cada fragmento separadamente em um tubo estéril tipo Falcon contendo formalina tamponada a 10% , identificando qual é o material (placenta, cérebro, fígado, etc). Conservar em temperatura ambiente.	Caixa de isopor em temperatura ambiente. Enviar ao Lacen/PR preferencialmente no mesmo dia da coleta.

- Todas as amostras deverão ser cadastradas no Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL) do LACEN-PR.
- Deverão ser encaminhadas cópias das fichas com dados clínicos e epidemiológicos do paciente.
- Todos os frascos deverão ser identificados com nome do RN e da mãe.
- Identificar o tipo de tecido contido no frasco, em caso de coleta de material de natimorto ou se for placenta.



ANEXO 04 – Orientação para coleta, volume e tipo de amostras para investigação de gestantes e recém-nascidos suspeitos de infecção congênita por vírus Zika.

	<u>GESTANTE SEM RASH COM FILHO MICROCEFÁLICO</u>	<u>GESTANTE COM RASH (COM OU SEM FILHO MICROCEFÁLICO)</u>	<u>RECÉM-NASCIDO COM MICROCEFALIA</u>
PROCEDIMENTO	2 Coletas	2 Coletas	1 Coleta
AMOSTRAS VOLUME	Soro 2 a 3 mL	Soro 2 a 3 mL	– Soro e LCR – 1mL de soro obtido a partir de sangue periférico ou de cordão umbilical; – 1mL de LCR
MOMENTO DAS COLETAS	1ª Coleta: Momento da confirmação da microcefalia do feto; 2ª Coleta: 3 a 4 semanas após a 1ª coleta.	1ª Coleta: até 5 dias de início dos sintomas; 2ª Coleta: 3 a 4 semanas após a 1ª coleta.	Momento do nascimento

ANEXO 05 – Orientação para coleta, volume e tipo de amostras para realização de RT PCR em tempo real (Biologia Molecular) para vírus Zika de casos suspeitos (gestantes e recém-nascidos) suspeitos de infecção congênita por vírus Zika.


	<u>GESTANTE SEM RASH COM FILHO MICROCEFÁLICO</u>	<u>GESTANTE COM RASH (COM OU SEM FILHO MICROCEFÁLICO)</u>	<u>RECÉM-NASCIDO COM MICROCEFALIA</u>
PROCEDIMENTO	1 Coleta	1 Coleta	1 Coleta
AMOSTRAS VOLUME	Soro 2 a 3 mL	Soro e Urina Soro: 2 a 3 mL Urina: 10 mL	– Soro, LCR e Placenta – 0,5 a 1mL de soro obtido a partir de sangue periférico ou do cordão umbilical; – 1mL de LCR – 3 fragmentos da Placenta (1cm ³ cada)
MOMENTO DAS COLETAS	No momento da confirmação da microcefalia do feto.	Soro: primeiros 5 dias de início dos sintomas Urina: primeiros 8 dias de início dos sintomas	Momento do nascimento.



ANEXO 06 – Formulário para TRIAGEM DE CASOS SUSPEITOS.

(documento disponibilizado em PDF no site da SESA-PR www.saude.pr.gov.br link: Zika e Microcefalia)

SECRETARIA DE ESTADO
DA SAÚDE DO PARANÁ - 2016


PARANÁ
ESTADO DO PARANÁ

Nº INTERNO _____

TRIAGEM DE GESTANTES E/OU RN COM SUSPEITA DE INFECÇÃO POR VIRUS ZIKA

Data da notificação ___/___/___ Serviço Saúde: _____ (_____)
(Município)

Fonte notificadora: Nome: _____ email: _____

DADOS DA GESTANTE

Nome: _____ DN: ___/___/___ IDADE _____
End. residencial: _____ Telef.: _____ (_____)
(Município/Estado)

DUM: ___/___/___ DPP: ___/___/___ G ___ P ___ C ___ A ___

ECOGRAFIAS (USG) DA GESTAÇÃO ATUAL:

	DATA DO EXAME USG	IG USG (semanas)	PESO FETAL ESTIMADO (g)	ESTATURA FETAL ESTIMADA (cm)	CIRCUNFERENCIA CRANIANA (mm)	CIRCUNFERENCIA ABDOMINAL (mm)	COMPRIMENTO FEMUR (mm)	OUTROS
1ª *	___/___/___							
2ª	___/___/___							
3ª	___/___/___							

*Se Idade Gest. USG entre 10 e 14 semanas, incluir no campo OBS o valor em mm do CCN (comprimento cabeça-nádega)

História de viagem (ou contato com caso suspeito): não() sim () em ___/___/___ detalhar _____

História de Exantema: não() sim () em ___/___/___ detalhar _____

Outros sinais/sintomas: não() sim () quais: _____ em ___/___/___

Outras doenças na gestação: não() sim () quais: _____

Medicações na gestação: não() sim () quais: _____

Suspeita de STORCH (Sifilis, Toxoplasmose, Rubéola, CMV, HIV, Parvovírus, etc) na gestação? não() sim () qual: _____

Sorologia para _____ data: ___/___/___ IgG: () NR () R _____ IgM: () NR () R _____ Avidéz, etc _____

Sorologia para _____ data: ___/___/___ IgG: () NR () R _____ IgM: () NR () R _____ Avidéz, etc _____

Sorologia para _____ data: ___/___/___ IgG: () NR () R _____ IgM: () NR () R _____ Avidéz, etc _____

Dados parto: Data: ___/___/___ Vaginal() Cesárea() Hosp/Matern/outros: _____

Outras inform.: _____

Coleta de amostras clínicas da Gestante para pesquisa de ZikaV? não() sim () Descrever amostras e result.:

- SORO: DT coleta: ___/___/___ RESULTADO _____ (___/___/___)
- PLACENTA: DT coleta: ___/___/___ RESULTADO _____ (___/___/___)
- OUTRAS _____ DT coleta: ___/___/___ RESULTADO _____ (___/___/___)

1. **DADOS DO FETO/RN** (analisar curvas e desvios padrão (DP) em: <http://peditools.org/fenton2013/>)

Nome: _____ DN: ___/___/___ Sexo: () M () F

IG (idade gestacional): _____ semanas Peso: _____ g (_____) DP) Estatura: _____ cm (_____) DP)

1ºPC ao nascer: _____ cm (_____) DP) 2ºPC dia(s): _____ cm (_____) DP) 3ºPC dia(s): _____ cm (_____) DP)

PIG (RN pequeno para Idade Gestacional) e/ou RCIU (Retardo de Crescimento Intra-Uterino) não() sim () _____

Malformações não() sim () qual(is): _____

Outras inform. RN: _____

Coleta de amostras clínicas do RN para pesquisa de ZikaV? não() sim () Descrever quais amostras e result.:

- SANGUE CORDÃO UMB.: DT coleta: ___/___/___ RESULTADO _____ (___/___/___)
- SORO: DT coleta: ___/___/___ RESULTADO _____ (___/___/___)
- LCR: DT coleta: ___/___/___ RESULTADO _____ (___/___/___)
- OUTRAS _____ DT coleta: ___/___/___ RESULTADO _____ (___/___/___)

Outros exames? não() sim () _____

Outro diagnóstico: não() sim () _____

OBS.: _____

2. **ANÁLISE:** Sinais/sintomas/epidemiologia significativos: Gestante não() sim () e/ou RN/feto não() sim ()

Caso suspeito de DÇA EXANTEMÁTICA/ZIKA DURANTE GESTAÇÃO? não() sim () _____

Caso suspeito de MICROCEFALIA ou INFECÇÃO CONGÊNITA ZIKA: não() sim () _____

3. **CONCLUSÃO:** () INATIVO () DESCARTADO () CONFIRMADO () EM INVESTIGAÇÃO _____



ANEXO 07 – Formulário RESP (preencher antes de digitar online).

REGISTRO DE EVENTOS EM SAÚDE PÚBLICA - RESP MICROCEFALIAS		SUS Ministério da Saúde	GOVERNO FEDERAL BRASIL PÁTRIA EDUCADORA
NOTIFICAÇÃO DE OCORRÊNCIA DE MICROCEFALIA			
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 (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 [] >3		28. PERÍMETRO CEFÁLICO (CM) – _____	29. PERÍMETRO CEFÁLICO (DESVIO PADRÃO) _____
30. DIÂMETRO CEFÁLICO (CM) SE DETECTADO NO INTRAÚTERO: _____			
<i>Sugestão de ferramentas para cálculo/avaliação de Desvios Padrão:</i>			
• RN ≤ 37 semanas IG: Fenton < http://peditools.org/fenton2013/ >			
• RN > 37 semanas IG: Intergrowth < http://intergrowth21.ndog.ox.ac.uk/en/ManualEntry/Compute >			



DADOS CLÍNICOS E EPIDEMIOLÓGICOS DA MÃE

31. APRESENTOU FEBRE DURANTE A GESTAÇÃO:
[] SIM [] NÃO
[] NÃO SABE

32. APRESENTOU EXANTEMA DURANTE A GESTAÇÃO:
[] 1. SIM, NO 1º TRIMESTRE [] 2. SIM, NO 2º TRIMESTRE [] 3. SIM, NO 3º TRIMESTRE [] 4. SIM, MAS NÃO LEMBRA A DATA OU PERÍODO GESTACIONAL [] 5. NÃO APRESENTOU EXANTEMA [] NÃO SABE

33. REALIZOU EXAME PARA, PELO MENOS, UM DOS STORCH (SÍFILIS, TOXOPLASMOSE, OUTROS RUBÉOLA, CITOMEGALOVÍRUS E HERPES VÍRUS) NA GESTAÇÃO OU PÓS-PARTO:
[] 1. SIM [] 2. NÃO [] 3. NÃO SABE

34. REALIZOU EXAME PARA DENGUE, CHIKUNGUNYA OU ZIKA VÍRUS, NA GESTAÇÃO OU PÓS-PARTO:
[] 1. SIM [] 2. NÃO [] 3. NÃO SABE

LOCAL DE OCORRÊNCIA DO PARTO/MATERNIDADE

35. CÓDIGO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (C_{NES}):

36. UF:

37. MUNICÍPIO:

38. ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (HOSPITAL, MATERNIDADE ETC):

39. ENDEREÇO DO ESTABELECIMENTO (RUA, TRAVESSA, AV, BAIRRO ETC.):

40. TELEFONE DDD: _____

41. TELEFONE: _____ - _____

DADOS DO NOTIFICADOR

42. NOME DO NOTIFICADOR: _____

43. E-MAIL: _____

44. TELEFONE DDD: _____

45. TELEFONE: _____ - _____

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

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.

46. INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Inserir aqui:

- Dados antropométricos atualizados do RN (data(s) e medida(s) seriada(s) de perímetro cefálico, peso e estatura realizada(s) até o momento):*

<i>Data</i>	<i>Hora</i>	<i>P.Cefálico</i>	<i>Peso</i>	<i>Estatura</i>

- Resultados de exames de imagem (ultrassonografias gestacionais e/ou transfontanela / tomografia de crânio), fundo de olho, avaliação auditiva, assim como os resultados de sorologias ou outros exames laboratoriais/investigações importantes já realizadas no pré-natal e/ou pós-parto.*



5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, **Perguntas e Respostas – Microcefalia**. Criado em 17/11/2015. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/197-secretaria-svs/20799-microcefalia> Acesso em 16 fevereiro 2016.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, nova versão do **Protocolo de Vigilância e Resposta à Ocorrência de Microcefalia**. Ed 03, 2016, Brasília/DF. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2016/janeiro/22/microcefalia-protocolo-de-vigilancia-e-resposta-v1-3-22jan2016.pdf> Acesso em 16 fev 2016.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, **Protocolo de Atenção à Saúde e Resposta à Ocorrência de Microcefalia Relacionada à Infecção pelo Vírus Zika**. Brasília/DF, janeiro/2016. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2016/janeiro/27/Protocolo-SAS-vers--o-2.0.pdf> Acesso em 16 fevereiro 2016.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, **Diretrizes de Estimulação Precoce: Crianças de 0 a 3 anos com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor decorrente de microcefalia**. Brasília/DF, janeiro/2016. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2016/janeiro/13/Diretrizes-de-Estimulacao-Precoce.pdf> Acesso em 16 fevereiro 2016.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. COES-Microcefalia. **Monitoramento dos casos de microcefalia no Brasil. Informe Epidemiológico nº 13/2016 – Semana Epidemiológica 06/2016 (07 a 13/02/2016)**. Brasília/DF, 2016. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2016/fevereiro/17/coes-microcefalia-inf-epi-13-se06-2016.pdf>. Acesso em 18 fevereiro 2016.

Fenton (2013). **Ferramenta de cálculo/análise das curvas de crescimento**. Disponível em: <http://peditools.org/fenton2013/>>. Acesso em 18 fevereiro 2016.

Intergrowth 21st (2014). **Ferramenta de cálculo/análise das curvas de crescimento**. Acesso em 18 de fevereiro de 2016. Disponível em: <http://intergrowth21.ndog.ox.ac.uk/en/ManualEntry/Compute>>