



## REGISTRO DE EVENTOS EM SAÚDE PÚBLICA (RESP-MICROCEFALIA) DICIONÁRIO DE DADOS – BASE DE DADOS DE DISSEMINAÇÃO

**CAMPO OBRIGATÓRIO** é aquele cuja ausência de dado impossibilita a inclusão da notificação no RESP-Microcefalia.  
**CAMPO ESSENCIAL** é aquele que registra dado necessário à investigação do caso ou ao cálculo de indicador epidemiológico ou operacional.  
**CAMPO INTERNO** é aquele preenchido automaticamente na gravação ou durante o tratamento dos dados.

CAMPO DBF	TIPO	CATEGORIAS	DESCRIÇÃO	CARACTERÍSTICAS
CO_SEQ	Caractere (12)		Código sequencial de identificação do registro na base de dados de disseminação.	<b>Campo interno</b> Padrão: 000001UFAA - Caracteres 1 a 6: número sequencial gerado automaticamente. - Caracteres 7 a 8: informa o código da UF de notificação. - Caracteres 9 a 12: informa o ano da notificação.
DT_NOTIFIC	Caractere (8)	DDMMAAAA	Data de preenchimento do formulário.	<b>Campo obrigatório</b> Data deve ser >= 01/01/2015.
ANO_NOT	Caractere (4)	AAAA	Ano da notificação	<b>Campo interno</b> Extraído da data da notificação.
TP_NOTIFIC	Caractere (1)	1- Recém-nascido com microcefalia (≤ 28 dias); 2- Criança com microcefalia e/ou alterações do SNC (> 28 dias); 3- Feto com alterações do SNC; 4- Feto em risco; 5- Natimorto com microcefalia e/ou alterações do SNC; 6- Aborto espontâneo (até 22 semanas de gestação).	Tipo da notificação	<b>Campo obrigatório</b> Preenchido conforme definição vigente no documento “Orientações integradas de vigilância e atenção à saúde no âmbito da Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional”, disponível em: <a href="https://bit.ly/2NlqR3m">https://bit.ly/2NlqR3m</a>



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Secretaria de Vigilância em Saúde  
Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis  
Coordenação-Geral de Informações e Análises Epidemiológicas

CAMPO DBF	TIPO	CATEGORIAS	DESCRIÇÃO	CARACTERÍSTICAS
DT_NASCMAE	Caractere (8)	DDMMAAAA	Data de nascimento da gestante/mãe	
IDADEGES	Caractere (2)		Idade da gestante/mãe	<b>Campo obrigatório</b> Se digitado a data de nascimento, a idade é calculada e preenchida automaticamente, considerando o intervalo entre a data de nascimento e a data da notificação.  Preenchida com 99 se ignorada.
RACACOR	Caractere (1)	1-Branca 2-Negra 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9-Ignorado	Cor ou raça declarada	<b>Campo obrigatório</b>
REGIAORES	Caractere (1)	Códigos de 1 a 5 padronizados pelo IBGE: 1- Norte; 2- Nordeste; 3- Sudeste; 4- Sul; 5- Centro oeste.	Macrorregião de residência da gestante/mãe	<b>Campo interno</b> Extraído do código do município de residência da gestante/mãe.
UFRES	Caractere (2)	Códigos padronizados pelo IBGE	Unidade da federação de residência da gestante/mãe	<b>Campo obrigatório</b>
CODMUNRES	Caractere (6)	Códigos padronizados pelo IBGE	Município de residência da gestante/mãe	<b>Campo obrigatório</b>
SEXO	Caractere (1)	1-Masculino 2-Feminino 9-Ignorado	Sexo da criança, recém-nascido, feto ou natimorto.	<b>Campo obrigatório</b>



**MINISTÉRIO DA SAÚDE**  
**Secretaria de Vigilância em Saúde**  
**Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis**  
**Coordenação-Geral de Informações e Análises Epidemiológicas**

<b>CAMPO DBF</b>	<b>TIPO</b>	<b>CATEGORIAS</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>CARACTERÍSTICAS</b>
<b>DT_NASC</b>	Caractere (8)	DDMMAAAA	Data de nascimento da criança, recém-nascido ou do feto.	<b>Campo obrigatório</b>  Desabilitado se "TP_NOTIFIC" igual a 5- Natimorto com microcefalia e/ou alterações do SNC ou 6- Aborto espontâneo (até 22 semanas de gestação).
<b>ANO_NASC</b>	Caractere (4)	AAAA	Ano de nascimento da criança, recém-nascido ou do feto.	<b>Campo interno</b>  Extraído da data de nascimento.
<b>PESO</b>	Caractere (4)		Peso ao nascer (ou do natimorto) em gramas	<b>Campo essencial</b>
<b>COMPRIMENT</b>	Caractere (2)		Comprimento ao nascer (ou do natimorto) em centímetros	
<b>MICROCEFAL</b>	Caractere (1)	1- Microcefalia apenas; 2- Microcefalia com alteração do SNC; 3- Microcefalia com outras alterações congênicas; 4- Alterações congênicas sem microcefalia.	Tipos de alterações congênicas detectadas	<b>Campo obrigatório</b>
<b>DEF_NEURO</b>	Caractere (1)	1- Sim; 2- Não.	Foi informada deficiência neurológica entre as alterações congênicas detectadas?	<b>Campo obrigatório</b>  Campo preenchido automaticamente com: 1, se deficiência neurológica foi assinalada entre as alterações congênicas informadas; e com 2, caso contrário.
<b>DEF_AUDIT</b>	Caractere (1)	1- Sim; 2- Não.	Foi informada deficiência auditiva entre as alterações congênicas detectadas?	<b>Campo obrigatório</b>  Campo preenchido automaticamente com: 1, se deficiência auditiva foi assinalada entre as alterações congênicas informadas; e com 2, caso contrário.



**MINISTÉRIO DA SAÚDE**  
**Secretaria de Vigilância em Saúde**  
**Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis**  
**Coordenação-Geral de Informações e Análises Epidemiológicas**

<b>CAMPO DBF</b>	<b>TIPO</b>	<b>CATEGORIAS</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>CARACTERÍSTICAS</b>
<b>DEF_VISUAL</b>	Caractere (1)	1- Sim; 2- Não.	Foi informada deficiência visual entre as alterações congênitas detectadas?	<b>Campo obrigatório</b>  Campo preenchido automaticamente com: 1, se deficiência visual foi assinalada entre as alterações congênitas informadas; e com 2, caso contrário.
<b>TPDETECCAO</b>	Caractere (1)	1- Intrauterino (na gestação); 2- Pós-Parto; 3- Não detectada; 9- Ignorado.	Momento em que foi identificada a alteração congênita	<b>Campo obrigatório</b>
<b>GEST_DIAG</b>	Caractere (2)		Idade gestacional, em semanas, em que foi detectada a alteração congênita (pode ser ainda na gestação ou momento do parto)	<b>Campo obrigatório</b>
<b>GRAVIDEZ</b>	Caractere (1)	1- Única; 2- Dupla; 3- Tripla ou mais; 9- Ignorado.	Tipo de Gravidez	<b>Campo obrigatório</b>
<b>CLASS_FETO</b>	Caractere (1)	1- Pré-Termo (menor que 37 semanas de gestação); 2- A Termo (idade gestacional entre 37 e 41 semanas e 6 dias); 3- Pós-Termo (idade gestacional igual ou maior que 42 semanas).	Classificação do nascido vivo ou natimorto quanto ao período gestacional no momento do parto.	<b>Campo obrigatório</b>
<b>PERIMCEFAL</b>	Caractere (4)		Perímetro cefálico ao nascer (ou do natimorto) em centímetros com uma casa decimal – Exemplo: 31.5	<b>Campo obrigatório</b>  Habilitado se “CLASS_FETO” for diferente de 4-Não se aplica (ainda gestante).
<b>DIAMCEFAL</b>	Caractere (4)		Medida da Circunferência Craniana, em centímetros incluindo a decimal (exemplo: 28.5), para detecção intrauterina da alteração congênita.	Habilitado se “CLASS_FETO” for 4-Não se aplica (ainda gestante).



**MINISTÉRIO DA SAÚDE**  
**Secretaria de Vigilância em Saúde**  
**Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis**  
**Coordenação-Geral de Informações e Análises Epidemiológicas**

<b>CAMPO DBF</b>	<b>TIPO</b>	<b>CATEGORIAS</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>CARACTERÍSTICAS</b>
<b>DT_SINTOMA</b>	Caractere (8)	DDMMAAAA	Data provável de início de qualquer sintoma da gestante/mãe	
<b>FEBRE_GES</b>	Caractere (1)	1- Sim; 2- Não; 9- Ignorado.	Febre na gestação	<b>Campo obrigatório</b>
<b>EXANT_GES</b>	Caractere (1)	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; 9- Não sabe.	Exantema na gestação	<b>Campo obrigatório</b>
<b>PRURIDO</b>	Caractere (1)	1- Sim; 2- Não.	Foi informado prurido entre outros sinais e sintomas durante a gestação?	Preenchido automaticamente com: 1, se prurido foi assinalado entre outros sinais e sintomas; e com 2, caso contrário.
<b>CONJUNTIV</b>	Caractere (1)	1- Sim; 2- Não.	Foi informada hiperemia conjuntival (Conjuntivite não purulenta) entre outros sinais e sintomas durante a gestação?	Preenchido automaticamente com: 1, se hiperemia conjuntival foi assinalada entre outros sinais e sintomas; e com 2, caso contrário.
<b>DOR_ARTIC</b>	Caractere (1)	1- Sim; 2- Não.	Foi informada dor em articulação entre outros sinais e sintomas durante a gestação?	Preenchido automaticamente com: 1, se dor em articulação foi assinalada entre outros sinais e sintomas; e com 2, caso contrário.
<b>DOR_MUSC</b>	Caractere (1)	1- Sim; 2- Não.	Foi informada dor muscular entre outros sinais e sintomas durante a gestação?	Preenchido automaticamente com: 1, se dor muscular foi assinalada entre outros sinais e sintomas; e com 2, caso contrário.
<b>EDEMA</b>	Caractere (1)	1- Sim; 2- Não.	Foi informado edema em articulações entre outros sinais e sintomas durante a gestação?	Preenchido automaticamente com: 1, se edema em articulações foi assinalada entre outros sinais e sintomas; e com 2, caso contrário.



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Secretaria de Vigilância em Saúde  
Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis  
Coordenação-Geral de Informações e Análises Epidemiológicas

CAMPO DBF	TIPO	CATEGORIAS	DESCRIÇÃO	CARACTERÍSTICAS
CEFALEIA	Caractere (1)	1- Sim; 2- Não.	Foi informada cefaleia entre outros sinais e sintomas durante a gestação?	Preenchido automaticamente com: 1, se cefaleia foi assinalada entre outros sinais e sintomas; e com 2, caso contrário.
HIPERT_GAN	Caractere (1)	1- Sim; 2- Não.	Foi informada hipertrofia ganglionar entre outros sinais e sintomas durante a gestação?	Preenchido automaticamente com: 1, se hipertrofia ganglionar foi assinalado entre outros sinais e sintomas; e com 2, caso contrário.
NEUROLOG	Caractere (1)	1- Sim; 2- Não.	Foi informado acometimento neurológico entre outros sinais e sintomas durante a gestação?	Preenchido automaticamente com: 1, se acometimento neurológico foi assinalado entre outros sinais e sintomas; e com 2, caso contrário.
EXA_TORSCH	Caractere (1)	1- Sim; 2- Não; 9- Ignorado.	Diagnóstico laboratorial para, pelo menos, um dos STORCH (Sífilis, Toxoplasmose, Rubéola, Citomegalovírus, Herpes vírus) na gestação ou pós-parto imediato.	<b>Campo obrigatório</b>
RESUL_S	Caractere (1)	1- Reagente/Positivo; 2- Não reagente/Negativo; 3- Indetectável/ Indeterminado; 4- Não realizado; 9- Ignorado.	Diagnóstico laboratorial para Sífilis durante a gestação ou no pós-parto imediato.	<b>Campo obrigatório</b>  Preenchido automaticamente com 4- Não realizado, se "EXA_TORSCH" for 2-Não.  Preenchido automaticamente com 9- Ignorado, se "EXA_TORSCH" for 9- Ignorado.
RESUL_TO	Caractere (1)	1- Reagente/Positivo; 2- Não reagente/Negativo; 3- Indetectável/ Indeterminado; 4- Não realizado; 9- Ignorado.	Diagnóstico laboratorial para Toxoplasmose durante a gestação ou no pós-parto imediato.	<b>Campo obrigatório</b>  Preenchido automaticamente com 4- Não realizado, se "EXA_TORSCH" for 2-Não.  Preenchido automaticamente com 9- Ignorado, se "EXA_TORSCH" for 9- Ignorado.



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Secretaria de Vigilância em Saúde  
Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis  
Coordenação-Geral de Informações e Análises Epidemiológicas

CAMPO DBF	TIPO	CATEGORIAS	DESCRIÇÃO	CARACTERÍSTICAS
RESUL_C	Caractere (1)	1- Reagente/Positivo; 2- Não reagente/Negativo; 3- Indetectável/ Indeterminado; 4- Não realizado; 9- Ignorado.	Diagnóstico laboratorial para Citomegalovírus durante a gestação ou no pós-parto imediato.	<b>Campo obrigatório</b>  Preenchido automaticamente com 4- Não realizado, se "EXA_TORSCH" for 2-Não.  Preenchido automaticamente com 9- Ignorado, se "EXA_TORSCH" for 9- Ignorado.
RESUL_H	Caractere (1)	1- Reagente/Positivo; 2- Não reagente/Negativo; 3- Indetectável/ Indeterminado; 4- Não realizado; 9- Ignorado.	Diagnóstico laboratorial para Herpes vírus durante a gestação ou no pós-parto imediato.	<b>Campo obrigatório</b>  Preenchido automaticamente com 4- Não realizado, se "EXA_TORSCH" for 2-Não.  Preenchido automaticamente com 9- Ignorado, se "EXA_TORSCH" for 9- Ignorado.
RESUL_Z	Caractere (1)	1- Sim; 0- Não. .	Diagnóstico laboratorial para Vírus Zika durante a gestação ou no pós-parto imediato.	<b>Campo interno</b>  Preenchido automaticamente com 1- Sim, se pelo menos um dos resultados laboratoriais para Zika (SO_IGG_Z, SO_IGM_Z, TR_IGG_Z, TR_IGM_Z ou PCR_Z) forem 1-Reagente/Positivo.  Para registros notificados antes da inserção desses campos no sistema, em 2017, o campo "RESUL_Z" foi preenchido com 1-Sim independente do tipo de teste.
SO_IGG_Z	Caractere (1)	1- Reagente/Positivo; 2- Não reagente/Negativo; 3- Indetectável/ Indeterminado; 4- Não realizado; 9- Ignorado.	Resultado para Sorologia IgG para Zika Vírus durante a gestação ou no pós-parto imediato.	<b>Campo obrigatório</b>



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Secretaria de Vigilância em Saúde  
Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis  
Coordenação-Geral de Informações e Análises Epidemiológicas

CAMPO DBF	TIPO	CATEGORIAS	DESCRIÇÃO	CARACTERÍSTICAS
SO_IGM_Z	Caractere (1)	1- Reagente/Positivo; 2- Não reagente/Negativo; 3- Indetectável/ Indeterminado; 4- Não realizado; 9- Ignorado.	Resultado para Sorologia IgM para Zika Vírus durante a gestação ou no pós-parto imediato.	<b>Campo obrigatório</b>
TR_IGG_Z	Caractere (1)	1- Reagente/Positivo; 2- Não reagente/Negativo; 3- Indetectável/ Indeterminado; 4- Não realizado; 9- Ignorado.	Resultado do teste rápido Sorologia IgG para Zika vírus durante a gestação ou no pós-parto imediato.	<b>Campo obrigatório</b>
TR_IGM_Z	Caractere (1)	1- Reagente/Positivo; 2- Não reagente/Negativo; 3- Indetectável/ Indeterminado; 4- Não realizado; 9- Ignorado.	Resultado do teste rápido Sorologia IgM para Zika vírus durante a gestação ou no pós-parto imediato.	<b>Campo obrigatório</b>
PCR_Z	Caractere (1)	1- Reagente/Positivo; 2- Não reagente/Negativo; 3- Indetectável/ Indeterminado; 4- Não realizado; 9- Ignorado.	Resultado de PCR para Zika vírus durante a gestação ou no pós-parto imediato.	<b>Campo obrigatório</b>
HIST_ARBOV	Caractere (1)	1- Dengue; 2- Chikungunya; 3- Dengue e Chikungunya; 4- Sem histórico de doença; 9- Ignorado	Histórico de infecção recente por outros arbovírus	<b>Campo obrigatório</b>
HIST_MALFO	Caractere (1)	1- Sim; 2- Não; 9- Ignorado.	Histórico de malformação congênita em familiares/parentes	<b>Campo obrigatório</b>
RNEXA_TORS	Caractere (1)	1- Sim; 2- Não; 9- Ignorado.	Diagnóstico laboratorial do recém-nascido para, pelo menos, um dos STORCH (Sífilis, Toxoplasmose, Rubéola, Citomegalovírus, Herpes vírus) na gestação ou pós-parto imediato.	<b>Campo obrigatório</b>





MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Secretaria de Vigilância em Saúde  
Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis  
Coordenação-Geral de Informações e Análises Epidemiológicas

CAMPO DBF	TIPO	CATEGORIAS	DESCRIÇÃO	CARACTERÍSTICAS
RNRESUL_S	Caractere (1)	1- Reagente/Positivo; 2- Não reagente/Negativo; 3- Indetectável/ Indeterminado; 4- Não realizado; 9- Ignorado.	Diagnóstico laboratorial do recém-nascido para Sífilis durante a gestação ou no pós-parto imediato.	<b>Campo obrigatório</b>  Preenchido automaticamente com 4- Não realizado, se "RNEXA_TORS" for 2-Não.  Preenchido automaticamente com 9- Ignorado, se "RNEXA_TORS" for 9- Ignorado.
RNRESUL_TO	Caractere (1)	1- Reagente/Positivo; 2- Não reagente/Negativo; 3- Indetectável/ Indeterminado; 4- Não realizado; 9- Ignorado.	Diagnóstico laboratorial do recém-nascido para Toxoplasmose durante a gestação ou no pós-parto imediato.	<b>Campo obrigatório</b>  Preenchido automaticamente com 4- Não realizado, se "RNEXA_TORS" for 2-Não.  Preenchido automaticamente com 9- Ignorado, se "RNEXA_TORS" for 9- Ignorado.
RNRESUL_C	Caractere (1)	1- Reagente/Positivo; 2- Não reagente/Negativo; 3- Indetectável/ Indeterminado; 4- Não realizado; 9- Ignorado.	Diagnóstico laboratorial do recém-nascido para Citomegalovírus durante a gestação ou no pós-parto imediato.	<b>Campo obrigatório</b>  Preenchido automaticamente com 4- Não realizado, se "RNEXA_TORS" for 2-Não.  Preenchido automaticamente com 9- Ignorado, se "RNEXA_TORS" for 9- Ignorado.
RNRESUL_H	Caractere (1)	1- Reagente/Positivo; 2- Não reagente/Negativo; 3- Indetectável/ Indeterminado; 4- Não realizado; 9- Ignorado.	Diagnóstico laboratorial do recém-nascido para Herpes vírus durante a gestação ou no pós-parto imediato.	<b>Campo obrigatório</b>  Preenchido automaticamente com 4- Não realizado, se "RNEXA_TORS" for 2-Não.  Preenchido automaticamente com 9- Ignorado, se "RNEXA_TORS" for 9- Ignorado.



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Secretaria de Vigilância em Saúde  
Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis  
Coordenação-Geral de Informações e Análises Epidemiológicas

CAMPO DBF	TIPO	CATEGORIAS	DESCRIÇÃO	CARACTERÍSTICAS
RNRESUL_Z	Caractere (1)	1- Sim; 0- Não. .	Diagnóstico laboratorial do recém-nascido para Vírus Zika durante a gestação ou no pós-parto imediato.	<b>Campo interno</b>  Preenchido automaticamente com 1- Sim, se pelo menos um dos resultados laboratoriais para Zika (RNSO_IGG_Z, RNSO_IGM_Z, RNTR_IGG_Z, RNTR_IGM_Z ou RNPCR_Z) forem 1- Reagente/Positivo.
RNSO_IGG_Z	Caractere (1)	1- Reagente/Positivo; 2- Não reagente/Negativo; 3- Indetectável/ Indeterminado; 4- Não realizado; 9- Ignorado.	Resultado do recém-nascido para Sorologia IgG para Zika Vírus durante a gestação ou no pós-parto imediato.	<b>Campo obrigatório</b>
RNSO_IGM_Z	Caractere (1)	1- Reagente/Positivo; 2- Não reagente/Negativo; 3- Indetectável/ Indeterminado; 4- Não realizado; 9- Ignorado.	Resultado do recém-nascido para Sorologia IgM para Zika Vírus durante a gestação ou no pós-parto imediato.	<b>Campo obrigatório</b>
RNTR_IGG_Z	Caractere (1)	1- Reagente/Positivo; 2- Não reagente/Negativo; 3- Indetectável/ Indeterminado; 4- Não realizado; 9- Ignorado.	Resultado do teste rápido Sorologia IgG do recém-nascido para Zika vírus durante a gestação ou no pós-parto imediato.	<b>Campo obrigatório</b>
RNTR_IGM_Z	Caractere (1)	1- Reagente/Positivo; 2- Não reagente/Negativo; 3- Indetectável/ Indeterminado; 4- Não realizado; 9- Ignorado.	Resultado do teste rápido Sorologia IgM do recém-nascido para Zika vírus durante a gestação ou no pós-parto imediato.	<b>Campo obrigatório</b>
RNPCR_Z	Caractere (1)	1- Reagente/Positivo; 2- Não reagente/Negativo; 3- Indetectável/ Indeterminado; 4- Não realizado; 9- Ignorado.	Resultado de PCR do recém-nascido para Zika vírus durante a gestação ou no pós-parto imediato.	<b>Campo obrigatório</b>



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Secretaria de Vigilância em Saúde  
Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis  
Coordenação-Geral de Informações e Análises Epidemiológicas

CAMPO DBF	TIPO	CATEGORIAS	DESCRIÇÃO	CARACTERÍSTICAS
EXAME_USS	Caractere (1)	1- Resultado Normal; 2- Resultado alterado, sugestivo de infecção congênita; 3- Resultado alterado, com outras alterações; 4- Resultado indeterminado; 5- Não realizado; 9- Ignorado.	Resultado da ultrassonografia realizada durante a gestação.	<b>Campo obrigatório</b>
DT_USS	Caractere (8)	DDMMAAAA	Data da ultrassonografia realizada durante a gestação.	
EXA_TRANSF	Caractere (1)	1- Resultado Normal; 2- Resultado alterado, sugestivo de infecção congênita; 3- Resultado alterado, com outras alterações; 4- Resultado indeterminado; 5- Não realizado; 9- Ignorado.	Resultado de ultrassonografia transfontanela realizada durante a gestação.	<b>Campo obrigatório</b>
DT_TRANSF	Caractere (8)	DDMMAAAA	Data da ultrassonografia transfontanela realizada durante a gestação.	
EXAME_TC	Caractere (1)	1- Resultado Normal; 2- Resultado alterado, sugestivo de infecção congênita; 3- Resultado alterado, com outras alterações; 4- Resultado indeterminado; 5- Não realizado; 9- Ignorado.	Resultado de tomografia computadorizada realizada durante a gestação.	<b>Campo obrigatório</b>
DT_TC	Caractere (8)	DDMMAAAA	Data da tomografia computadorizada realizada durante a gestação.	



**MINISTÉRIO DA SAÚDE**

Secretaria de Vigilância em Saúde

Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis

Coordenação-Geral de Informações e Análises Epidemiológicas

CAMPO DBF	TIPO	CATEGORIAS	DESCRIÇÃO	CARACTERÍSTICAS
EXAME_RS	Caractere (1)	1- Resultado Normal; 2- Resultado alterado, sugestivo de infecção congênita; 3- Resultado alterado, com outras alterações; 4- Resultado indeterminado; 5- Não realizado; 9- Ignorado.	Resultado de ressonância magnética realizada durante a gestação.	<b>Campo obrigatório</b>
DT_RS	Caractere (8)	DDMMAAAA	Data da ressonância magnética realizada durante a gestação.	
REGIAONOT	Caractere (1)	Códigos de 1 a 5 padronizados pelo IBGE: 1- Norte; 2- Nordeste; 3- Sudeste; 4- Sul; 5- Centro oeste.	Macrorregião do local de notificação	<b>Campo interno</b>  Extraído do código do município de notificação.
UFNOT	Caractere (2)	Códigos padronizados pelo IBGE	Unidade da Federação do local de notificação	<b>Campo obrigatório</b>
CODMUNNOT	Caractere (6)	Códigos padronizados pelo IBGE	Município do local de notificação	<b>Campo obrigatório</b>
ST_OBITO	Caractere (1)	1- Sim; 2- Não; 9- Ignorado.	Evolução para óbito?	
DT_OBITO	Caractere (8)	DDMMAAAA	Data do óbito	<b>Campo obrigatório</b>  Habilitado se "Óbito" = 1-Sim.



**MINISTÉRIO DA SAÚDE**  
**Secretaria de Vigilância em Saúde**  
**Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis**  
**Coordenação-Geral de Informações e Análises Epidemiológicas**

CAMPO DBF	TIPO	CATEGORIAS	DESCRIÇÃO	CARACTERÍSTICAS
<b>CLASSIFIN</b>	Caractere (1)	1- Confirmado; 2- Provável; 3- Em investigação; 4- Inconclusivo; 5- Descartado; 6- Excluído.	Classificação final do caso.	Preenchido conforme orientações vigentes no documento “Orientações integradas de vigilância e atenção à saúde no âmbito da Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional”, disponível em: <a href="https://bit.ly/2NlqR3m">https://bit.ly/2NlqR3m</a>  Preenchido automaticamente com 6- Excluído, se STATUS_NOT = 3- Inativo.
<b>ETIOLOGIA</b>	Caractere (1)	1- Vírus Zika; 2- STORCH; 3- Coinfecção (STORCH + Zika); 4- Etiologia desconhecida; 9- Ignorado.	Etiologia	
<b>CRITERIO</b>	Caractere (7)		Critérios para classificação final do caso	Preenchido com “S” ou “N”, sem espaços, conforme critérios de classificação informados.  Ex: <b>SNNSNNN</b> , onde as ordens dos caracteres se referem a:  1º caractere: Laboratorial (Zika); 2º caractere: Laboratorial (Dengue); 3º caractere: Laboratorial (Chikungunya); 4º caractere: Laboratorial (STORCH); 5º caractere: Laboratorial (outros); 6º caractere: Imagem (ultrassom/tomografia/ressonância); 7º caractere: Clínico-epidemiológico.



**MINISTÉRIO DA SAÚDE**  
**Secretaria de Vigilância em Saúde**  
**Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis**  
**Coordenação-Geral de Informações e Análises Epidemiológicas**

<b>CAMPO DBF</b>	<b>TIPO</b>	<b>CATEGORIAS</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>CARACTERÍSTICAS</b>
<b>STATUS_NOT</b>	Caractere (1)	1- Ativo; 2- Reativado; 3- Inativo.	Situação do registro	<b>Campo interno</b>  Preenchido conforme revisão do registro pela equipe de vigilância do local de residência/notificação.
<b>DT_ULT_ALT</b>	Caractere (8)	DDMMAAAA	Data da última atualização do registro.	<b>Campo interno</b>