

Indivíduo com quadro de doença febril inespecífica, acompanhada de manifestações neurológicas (compatíveis com meningite, encefalite, meningoencefalite) de etiologia desconhecida.

| | | |
|--------------|---|-------------------------------|
| Dados Gerais | 1 Tipo de Notificação 2 - Individual | |
| | 2 Agravado/doença FEBRE POR VÍRUS DO NILO OCIDENTAL | 3 Data da Notificação |
| | 4 UF | 5 Município de Notificação |
| | 6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) | 7 Data dos Primeiros Sintomas |

| | | | | | |
|-------------------------|--|--|---|---|--|
| Notificação Individual | 8 Nome do Paciente | | 9 Data de Nascimento | | |
| | 10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano | 11 Sexo M - Masculino F - Feminino 1 - Ignorado | 12 Gestante 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado | 13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado | |
| | 14 Escolaridade 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica | | | | |
| 15 Número do Cartão SUS | | 16 Nome da mãe | | | |

| | | | | |
|---------------------|-------------------|--|---------------------------------------|-------------|
| Dados de Residência | 17 UF | 18 Município de Residência | Código (IBGE) | 19 Distrito |
| | 20 Bairro | 21 Logradouro (rua, avenida,...) | Código | |
| | 22 Número | 23 Complemento (apto., casa, ...) | 24 Geo campo 1 | |
| | 25 Geo campo 2 | 26 Ponto de Referência | 27 CEP | |
| | 28 (DDD) Telefone | 29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado | 30 País (se residente fora do Brasil) | |

Dados Complementares do Caso

| | | | | |
|--|---|--|--|---------------|
| Antecedentes Epidemiológicos | 31 Data da Investigação | 32 Ocupação | | |
| | 33 Viajou nos últimos 15 dias? 1-Sim 2-Não 9-Ignorado | 34 Caso Afirmitivo, Data de ida | 35 Caso Afirmitivo, Data de retorno | |
| | 36 UF | 37 País | 38 Município | Código (IBGE) |
| | 39 Vacinado contra febre amarela: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado | | Caso Afirmitivo, Data | |
| | 40 Teve infecção prévia por: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado | | Caso Afirmitivo, Data | |
| | <input type="checkbox"/> Dengue Caso Afirmitivo, Data <input type="checkbox"/> Outra arbovirose. Qual: _____ Caso Afirmitivo, Data | | <input type="checkbox"/> Febre Amarela Caso Afirmitivo, Data | |
| | 41 Realizou transfusão sanguínea nos últimos 15 dias 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado | | 42 Data da transfusão | |
| | 43 UF | 44 Município do Hospital onde realizou a transfusão | 45 Nome do Hospital onde realizou transfusão | |
| 46 Aleitamento materno 1-Sim 2-Não 9-Ignorado | | 47 Esteve em áreas onde tiveram cavalos e/ou aves mortas ou doentes nos últimos 15 dias? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado | | |

Atendimento

48 Ocorreu Hospitalização 49 Data da Internação _____ 50 UF _____ 51 Município do Hospital _____
 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

52 Nome do Hospital _____

Dados Clínicos

53 Sinais e Sintomas 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

Febre Prostração
 Convulsões Diarréia Mialgia Dor ocular Tremores de extremidades
 Rigidez de nuca Vômito Artralgia Linfadenopatia Outras _____
 Confusão mental Náusea Cefaléia Fraqueza muscular. Se sim, onde: MMSS MMII
 Coma Dor abdominal exantema Paralisia, se sim onde: _____

Dados do Laboratório

54 Leucograma Leucócitos _____ mm³ Monócitos _____ % Neutrófilos _____ % Eosinófilos _____ % Linfócitos _____ %

55 Hemograma Hemácias _____ mm³ hemoglobina _____ Hematócrito _____ Plaquetas _____

56 Punção Lombar 57 Data da Punção _____ 58 Aspecto do Líquor 1 - Límpido 2 - Purulento 3 - Hemorrágico
 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado 4 - Turvo 5 - Xantocrômico 6 - Outro 9 - Ignorado

59 Citoquímica (Líquor)
 Hemácias _____ mm³ Leucócitos _____ mm³ Monócitos _____ % Glicose _____ mg Cloreto _____ mg
 Neutrófilos _____ % Eosinófilos _____ % Linfócitos _____ % Proteínas _____ mg

60 Líquor - ELISA 1 - Reagente 2 - Não reagente 3 - Inconclusivo 4 - Não realizado IgM IgG 61 Líquor - Soroneutralização 1 - Reagente 2 - Não reagente 3 - Inconclusivo 4 - Não realizado

62 Data da Coleta (S1) _____ 63 Soro - ELISA (S1) 1 - Reagente 2 - Não reagente 3 - Inconclusivo 4 - Não realizado IgM IgG 64 Soro - Soroneutralização (S1) 1 - Reagente 2 - Não reagente 3 - Inconclusivo 4 - Não realizado

65 Data da Coleta (S2) _____ 66 Soro - ELISA (S2) 1 - Reagente 2 - Não reagente 3 - Inconclusivo 4 - Não realizado IgM IgG 67 Soro - Soroneutralização (S2) 1 - Reagente 2 - Não reagente 3 - Inconclusivo 4 - Não realizado

68 Material coletado (PCR) 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado 69 Data da Coleta (PCR) _____ 70 PCR 1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Inconclusivo 4 - Não realizado
 Sangue Líquor Tecido Qual _____

71 Material coletado (IV) 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado 72 Data da Coleta (IV) _____ 73 Isolamento viral (IV) 1 - Detectado 2 - Não detectado 3 - Inconclusivo 4 - Não realizado
 Sangue Líquor Tecido Qual _____

74 Material coletado (AP) 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado 75 Anátomo-patológico (AP) 1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Não realizado 9 - Ignorado Histopatológico Imunohistoquímica 76 Data da Coleta (AP) _____
 Cérebro Visceras Qual _____

Local Provável da Fonte de Infecção

77 O caso é autóctone do município de residência? 78 UF _____ 79 País _____
 1 - Sim 2 - Não 3 - Indeterminado

80 Município _____ Código (IBGE) _____ 81 Distrito _____ 82 Bairro _____

83 Doença Relacionada ao Trabalho 84 Evolução do Caso
 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado 1 - Cura 2 - Óbito por FNO 3 - Óbito por outras causas 9 - Ignorado

85 Data do Óbito _____ 86 Data do Encerramento _____

Observações:

Investigador

87 Município/Unidade de Saúde _____ 88 Código da Unid. de Saúde _____

89 Nome _____ 90 Função _____ 91 Assinatura _____