



**Caso Suspeito de Doença Neuroinvasiva Grave (Encefalite e/ou Meningoencefalite):** Indivíduo residente no RS, SC, PR, MS e SP ou que esteve nestes estados ou em locais com comprovada circulação do vírus do Nilo Ocidental, nos últimos 15 dias, que apresentou febre de início súbito, acompanhada de um ou mais dos seguintes sinais e sintomas: alteração do estado mental (desorientação, obnubilação, estupor ou coma); OU outros sintomas de disfunção neurológica central ou periférica; E meningite de líquido claro com pleocitose.

Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual	
	2	Agravado/doença		Código (CID10)	3 Data da Notificação
	<b>FEBRE POR VÍRUS DO NILO OCIDENTAL</b>		<b>A 92.3</b>		
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)		
6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	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 I - Ignorado	12 Gestante	1 - 1º Trimestre 2 - 2º Trimestre 3 - 3º Trimestre 4 - Idade gestacional 5 - Não 6 - Não se aplica 9 - Ignorado	13 Raça/Cor
	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,...)	
	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 Afirmativo, Data de ida		
	35	Caso Afirmativo, Data de retorno					
	36 UF	37 País	38	Município		Código (IBGE)	
	39	Vacinado contra febre amarela: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado		Caso Afirmativo, Data			
	40	Teve infecção prévia por: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado		Caso Afirmativo, Data		Caso Afirmativo, Data	
	<input type="checkbox"/> Dengue		<input type="checkbox"/> Febre Amarela		<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/> Outra arbovirose. Qual: _____		<input type="checkbox"/>				
	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  Outros \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_ mm<sup>3</sup> Monócitos \_\_\_\_\_ % Neutrófilos \_\_\_\_\_ % Eosinófilos \_\_\_\_\_ % Linfócitos \_\_\_\_\_ %

55 Hemograma Hemácias \_\_\_\_\_ mm<sup>3</sup> 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 \_\_\_\_\_ mm<sup>3</sup> Leucócitos \_\_\_\_\_ mm<sup>3</sup> Monócitos \_\_\_\_\_ % Glicose \_\_\_\_\_ mg Cloreto \_\_\_\_\_ mg

Neutrófilos \_\_\_\_\_ % Eosinófilos \_\_\_\_\_ % Linfócitos \_\_\_\_\_ % Proteínas \_\_\_\_\_ mg

60 Líquor - ELISA IgM  IgG  61 Líquor - Soroneutralização

1 - Reagente 2 - Não reagente 1 - Reagente 2 - Não reagente

3 - Inconclusivo 4 - Não realizado 3 - Inconclusivo 4 - Não realizado

62 Data da Coleta (S1)  63 Soro - ELISA (S1) IgM  IgG  64 Soro - Soroneutralização (S1)

1 - Reagente 2 - Não reagente 1 - Reagente 2 - Não reagente

3 - Inconclusivo 4 - Não realizado 3 - Inconclusivo 4 - Não realizado

65 Data da Coleta (S2)  66 Soro - ELISA (S2) IgM  IgG  67 Soro - Soroneutralização (S2)

1 - Reagente 2 - Não reagente 1 - Reagente 2 - Não reagente

3 - Inconclusivo 4 - Não realizado 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

Sangue  Líquor  Tecido  Qual \_\_\_\_\_ 3 - Inconclusivo 4 - Não realizado

71 Material coletado (IV) 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado 72 Data da Coleta (IV)  73 Isolamento viral (IV)

Sangue  Líquor  Tecido  Qual \_\_\_\_\_ 1 - Detectado 2 - Não detectado

3 - Inconclusivo 4 - Não realizado

74 Material coletado (AP) 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado 75 Anátomo-patológico (AP) Histopatológico  76 Data da Coleta (AP)

Cérebro  Visceras  Qual \_\_\_\_\_ 1 - Positivo 2 - Negativo Imunohistoquímica  3 - Não realizado 9 - Ignorado

77 Classificação Final  78 Critério de Confirmação/ Descarte

1 - Confirmado 2 - Descartado 1 - Laboratório 2 - Vínculo epidemiológico 3 - Clínico

Local Provável da Fonte de Infecção

79 O caso é autóctone do município de residência?  80 UF  81 País

1 - Sim 2 - Não 3 - Indeterminado

82 Município  Código (IBGE)  83 Distrito  84 Bairro

85 Doença Relacionada ao Trabalho  86 Evolução do Caso

1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado 1 - Cura 2 - Óbito por FNO 3 - Óbito por outras causas 9 - Ignorado

87 Data do Óbito  88 Data do Encerramento

Observações:

**Investigador**

Município/Unidade de Saúde  Código da Unid. de Saúde

Nome  Função  Assinatura