



**Dados Gerais**

1 Tipo de Notificação: 2- Individual

2 Data da Notificação

3 Município de Notificação

Código (IBGE)

4 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)

Código

**Dados do Caso**

5 Agravado: **ENCEFALITE**

Código (CID10): **A 83**

6 Data dos Primeiros Sintomas

7 Nome do Paciente

8 Data de Nascimento

9 (ou) Idade: D - dias, M - meses, A - anos

10 Sexo: M - Masculino, F - Feminino, I - Ignorado

11 Raça/Cor: 1-Branca, 2-Preta, 3-Amarela, 4-Parda, 5-Indígena, 9-Ignorado

12 Escolaridade (em anos de estudo concluídos): 1-Nenhuma, 2-De 1 a 3, 3-De 4 a 7, 4-De 8 a 11, 5-De 12 e mais, 6- Não se aplica, 9-Ignorado

13 Número do Cartão SUS

14 Nome da mãe

**Dados de Residência**

15 Logradouro (rua, avenida,...)

Código

16 Número

17 Complemento (apto., casa, ...)

18 Ponto de Referência

19 UF

20 Município de Residência

Código (IBGE)

Distrito

21 Bairro

Código (IBGE)

22 CEP

23 (DDD) Telefone

24 Zona: 1 - Urbana, 2 - Rural, 3 - Urbana/Rural, 9 - Ignorado

25 País (se residente fora do Brasil)

Código

**Dados Complementares do Caso**

**Antecedentes Epidemiológicos**

26 Data da Investigação

27 Ocupação / Ramo de Atividade Econômica

28 Deslocamento (datas e locais frequentados no período de 30 dias anteriores ao início de sinais e sintomas)

Data	Município	UF	País

29 Teve Dengue Antes?

1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

30 Caso Sim

Ano

31 Vacinado Contra Febre Amarela?

1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

32 Data da Última Dose

**Sinais e Sintomas**

33 Febre

1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

34 Data de Início da Febre

35 Duração da Febre em Dias

36 Prova do Laço

1 - Positiva 2 - Negativa 3 - Não Realizada

37 Outros Sinais e Sintomas

Cefaléia  Dor Retro-Orbitária  Mialgia  Artralgia  Diarréia

Exantema  Prostração  Náuseas/Vômitos  Tremores  Visão turva

Prurido  Icterícia  Rigidez de Nuca  Parestesia  Sonolência

Irritabilidade  convulsões  Kernig/Brudzinski  Coma  Outras

38 Manifestações Hemorrágicas Espontâneas

1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

Epistaxe  Gengivorragia  Hematúria

Petéquias  Metrorragia  Sangramento Gastrointestinal

Outros:

**Atendimento**

39 Ocorreu Hospitalização?

1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

40 Data da Internação

41 UF

42 Município do Hospital

43 Nome do Hospital

44 (DDD) Telefone

45 Endereço do Hospital

