



CASO SUSPEITO: Criança acima de nove meses e/ou adulto com febre, cefaléia, vômitos, rigidez de nuca, outros sinais de irritação meníngea (Kernig e Brudzinski), convulsão, sufusões hemorrágicas (petéquias) e torpor. Crianças abaixo de nove meses observar também irritabilidade (choro persistente) ou abaulamento de fontanela.

Dados Gerais

1 Tipo de Notificação 2 - Individual

2 Agravado/doença **MENINGITE** 1 - DOENÇA MENINGOCÓCICA Código (CID10) **G 0 3. 9** 3 Data da Notificação
2 - OUTRAS MENINGITES

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 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 Vacinação	Nº Doses	Data da Última Dose	Nº Doses	Data da Última Dose
<input type="checkbox"/> Polissacarídica A/C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Tríplice Viral Hemófilo	<input type="checkbox"/>
1 - Sim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (Tetravalente ou Hib)	<input type="checkbox"/>
2 - Não	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Pneumococo	<input type="checkbox"/>
9 - Ignorado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Outra _____	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Conjugada meningococo C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> BCG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

34 Doenças Pré-existentes 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

AIDS/HIV + Outras Doenças Imunodepressoras IRA Tuberculose
 Traumatismo Infecção Hospitalar Outro _____

35 Contato com Caso Suspeito ou Confirmado de Meningite (até 15 dias antes do início dos sintomas)

1 - Domicílio 2 - Vizinhança 3 - Trabalho 4 - Creche/Escola
 5 - Posto de Saúde/Hospital 6 - Outro Estado/Município 7 - Sem História de Contato 8 - Outro país 9 - Ignorado

36 Nome do Contato 37 (DDD) Telefone

38 Endereço do contato (Rua, Av., Apto., Bairro, Localidade, etc) 39 Caso Secundário
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

Dados Clínicos

40 Sinais e Sintomas Cefaléia Vômitos Rigidez de Nuca Abaulamento de Fontanela Petequias/Sufusões Hemorrágicas
 Febre Convulsões Kernig/Brudzinski Coma Outras _____
 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

Atendimento	41 Ocorreu Hospitalização <input type="checkbox"/>	42 Data da Internação	43 UF	44 Município do Hospital	Código (IBGE)
	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado				
45 Nome do Hospital					Código

46 Punção Lombar <input type="checkbox"/>	47 Data da Punção	48 Aspecto do Líquor <input type="checkbox"/>
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		1 - Límpido 2 - Purulento 3 - Hemorrágico 4 - Turvo 5 - Xantocrômico 6 - Outro 9 - Ignorado

Dados do Laboratório	49 Resultados Laboratoriais		
	Cultura	CIE	PCR
	Líquor <input type="text"/>	Líquor <input type="text"/>	Líquor <input type="text"/>
	Lesão Petequial <input type="text"/>	Sangue/Soro <input type="text"/>	Lesão Petequial <input type="text"/>
	Sangue/Soro <input type="text"/>	Aglutinação pelo Látex	
	Escarro <input type="text"/>	Líquor <input type="text"/>	Sangue/Soro <input type="text"/>
	Bacterioscopia	Sangue/Soro <input type="text"/>	Escarro <input type="text"/>
	Líquor <input type="text"/>	Isolamento Viral	
	Lesão Petequial <input type="text"/>	Líquor <input type="text"/>	
	Sangue/Soro <input type="text"/>	Fezes <input type="text"/>	
Escarro <input type="text"/>			

Classificação do Caso / Etiologia	50 Classificação do Caso <input type="checkbox"/>	51 Se Confirmado, Especifique
	1 - Confirmado 2 - Descartado	1 - Meningococemia 2 - Meningite Meningocócica 3 - Meningite Meningocócica com Meningococemia 4 - Meningite Tuberculosa 5 - Meningite por outras bactérias _____ 6 - Meningite não especificada 7 - Meningite Asséptica _____ 8 - Meningite de outra etiologia _____ 9 - Meningite por Hemófilo 10 - Meningite por Pneumococos

52 Critério de Confirmação	53 Se N. meningitidis especificar sorogrupo
1 - Cultura 2 - CIE 3 - Ag. Látex 4 - Clínico 5 - Bacterioscopia 6 - Quimiocitológico do líquido 7 - Clínico-epidemiológico 8 - Isolamento viral 9 - PCR 10 - Outros	

54 Número de Comunicantes	55 Realizada Quimioprofilaxia dos Comunicantes? <input type="checkbox"/>	56 Se sim, Data	57 Doença Relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/>
	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

58 Evolução do Caso <input type="checkbox"/>	59 Data da Evolução	60 Data do Encerramento
1 - Alta 2 - Óbito por meningite 3 - Óbito por outra causa 9 - Ignorado		

Informações complementares e observações

Exame Quimiocitológico		
Hemácias <input type="text"/> mm ³	Leucócitos <input type="text"/> mm ³	Monócitos <input type="text"/> %
Neutrófilos <input type="text"/> %	Eosinófilos <input type="text"/> %	Linfócitos <input type="text"/> %
Glicose <input type="text"/> mg	Proteínas <input type="text"/> mg	Cloreto <input type="text"/> mg

Observações Adicionais

Investigador	Município/Unidade de Saúde	Cód. da Unid. de Saúde	
	Nome	Função	Assinatura