

FEBRE POR VÍRUS DO NILO OCIDENTAL

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
	FEBRE POR VÍRUS DO NILO OCIDENTAL		A 92.3		
	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	11 Sexo	12 Gestante	13 Raça/Cor		
	1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado	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 à 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	30 País (se residente fora do Brasil)		
			1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado			

Dados Complementares do Caso

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