

FEBRE POR VÍRUS DO NILO OCIDENTAL

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 1 2 - Individual

2 Agravado/doença **FEBRE POR VÍRUS DO NILO OCIDENTAL** Código (CID10) **A 92.3** 3 Data da Notificação

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 1 - Ignorado 12 Gestante 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 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 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 Dengue Caso Afirmativo, Data Febre Amarela Caso Afirmativo, Data

Outra arbovirose. Qual: Caso Afirmativo, 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 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 _____ 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

Cérebro Visceras Qual _____ 76 Data da Coleta (AP)

77 Classificação Final 78 Critério de Confirmação/ Descarte 1 - Laboratório 2 - Vínculo epidemiológico 3 - Clínico

1 - Confirmado 2 - Descartado

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 - Cura 2 - Óbito por FNO 3 - Óbito por outras causas 9 - Ignorado

1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

87 Data do Óbito 88 Data do Encerramento

Observações:

Investigador

Município/Unidade de Saúde Código da Unid. de Saúde

Nome Função Assinatura