

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
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		1 - Límpido 2 - Purulento 3 - Hemorrágico <input type="checkbox"/>
4 - Turvo 5 - Xantocrômico 6 - Outro 9 - Ignorado		

Dados do Laboratório	49 Resultados Laboratoriais		
	Cultura	CIE	PCR
	Líquor	Líquor	Líquor
	Lesão Petequial	Sangue/Soro	Lesão Petequial
	Sangue/Soro	Aglutinação pelo Látex	
	Escarro	Líquor	Sangue/Soro
Bacterioscopia	Isolamento Viral		
Líquor	Líquor	Fezes	
Lesão Petequial			
Sangue/Soro			
Escarro			

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 <input type="checkbox"/>
		7 - Meningite Asséptica
		8 - Meningite de outra etiologia
		9 - Meningite por Hemófilo
		10 - Meningite por Pneumococos

52 Critério de Confirmação	53 Se <i>N. meningitidis</i> especificar sorogrupo
1 - Cultura 4 - Clínico 7 - Clínico-epidemiológico	
2 - CIE 5 - Bacterioscopia 8 - Isolamento viral	
3 - Ag. Látex 6 - Quimiocitológico do líquido 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	mm ³	Leucócitos
Neutrófilos	%	Eosinófilos
Glicose	mg	Proteínas
		Monócitos
		Linfócitos
		Cloreto

Observações Adicionais

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