

**CASO SUSPEITO:** Crianças acima de 1 ano de idade 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 1 ano de idade, observar também irritabilidade (choro persistente) ou abaulamento de fontanela.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual	2 Agravo/doença <b>MENINGITE</b> 1 - DOENÇA MENINGOCÓCICA <input type="checkbox"/> 2 - OUTRAS MENINGITES		Código (CID10) G 0 3 . 9	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 <input type="checkbox"/> 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 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 1 - Urbana 2 - Rural <input type="checkbox"/> 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	
	1 - Sim <input type="checkbox"/> Polissacáridica A/C			<input type="checkbox"/> Tríplice		
	2 - Não <input type="checkbox"/> Polissacáridica B/C			<input type="checkbox"/> Hemófilo (Tetravalente ou Hib)		
	9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Conjugada meningoc C			<input type="checkbox"/> Pneumococo		
	<input type="checkbox"/> BCG		<input type="checkbox"/> Outra			
34 Doenças Pré-existentes	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado					
<input type="checkbox"/> AIDS/HIV +	<input type="checkbox"/> Outras Doenças Imunodepressoras	<input type="checkbox"/> IRA	<input type="checkbox"/> Tuberculose			
<input type="checkbox"/> Traumatismo	<input type="checkbox"/> Infecção Hospitalar	<input type="checkbox"/> Outro _____				
35 Contato com Caso Suspeito ou Confirmado de Meningite (até 15 dias antes do início dos sintomas)	<input type="checkbox"/>					
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 <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado					
Dados Clínicos	40 Sinais e Sintomas	<input type="checkbox"/> Cefaléia	<input type="checkbox"/> Vômitos	<input type="checkbox"/> Rigidez de Nuca	<input type="checkbox"/> Abaulamento de Fontanela	<input type="checkbox"/> Petequias/Sufusões Hemorrágicas
	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	<input type="checkbox"/> Febre	<input type="checkbox"/> Convulsões	<input type="checkbox"/> Kernig/Brudzinski	<input type="checkbox"/> Coma	<input type="checkbox"/> Outras _____

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			

Dados do Laboratório	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 4 - Turvo 5 - Xantocrômico 6 - Outro 9 - Ignorado

Dados do Laboratório	49 Resultados Laboratoriais		
	<b>Cultura</b>	<b>CIE</b>	<b>PCR</b>
	Líquor	Líquor	Líquor
	Lesão Petequial	Sangue/Soro	Lesão Petequial
	Sangue/Soro	<b>Aglutinação pelo Látex</b>	
	Escarro	Líquor	Sangue/Soro
	<b>Bacterioscopia</b>	<b>Isolamento Viral</b>	
	Líquor	Líquor	
	Lesão Petequial	Fezes	
	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 7 - Meningite Asséptica 8 - Meningite de outra etiologia 9 - Meningite por Hemófilo 10 - Meningite por Pneumococos

Classificação do Caso / Etiologia	52 Critério de Confirmação	53 Se <i>N. meningitidis</i> 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	

Medidas de Controle	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

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

**Informações complementares e observações**

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

<b>Observações Adicionais</b>

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