

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		2 - Individual	
	2	Agravado/doença		Código (CID10)	3
	FEBRE POR VÍRUS DO NILO OCIDENTAL		A 92.3	Data da Notificação	
	4	UF	5	Município de Notificação	Código (IBGE)
6		Unidade de Saúde (ou outra fonte notificador)		Código	7
				Data dos Primeiros Sintomas	

Notificação Individual	8			Nome do Paciente			9			Data de Nascimento		
	10		11		12		13		14		15	
	(ou) Idade		Sexo		Gestante		Raça/Cor		Escolaridade		Número do Cartão SUS	
	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		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		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							
			1-Sim 2-Não 9-Ignorado				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		Caso Afirmativo, Data		Caso Afirmativo, Data					
			Dengue						Febre Amarela					
			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 \_\_\_\_\_ mm<sup>3</sup> Monócitos \_\_\_\_\_ % Neutrófilos \_\_\_\_\_ % Eosinófilos \_\_\_\_\_ % Linfócitos \_\_\_\_\_ %

55 Hemograma Hemácias \_\_\_\_\_ mm<sup>3</sup> 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 \_\_\_\_\_ mm<sup>3</sup> Leucócitos \_\_\_\_\_ mm<sup>3</sup> 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