



CASO SUSPEITO: CRIANÇA ACIMA DE NOVE MESES 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 NOVE MESES OBSERVAR TAMBÉM IRRITABILIDADE (CHORO PERSISTENTE) OU ABAULAMENTO DE FONTANELA.

DADOS GERAIS	1) TIPO DE NOTIFICAÇÃO 2 - INDIVIDUAL	
	2) AGRAVO / DOENÇA MENINGITE	1 - DOENÇA MENINGOCÓCCICA <input type="checkbox"/> 2 - OUTRAS MENINGITES
	4) UF	5) MUNICÍPIO DE NOTIFICAÇÃO
	6) UNIDADE DE SAÚDE (OU OUTRA FONTE NOTIFICADORA)	
		CÓDIGO (CID 10) G 0 3. 9
		3) DATA DA NOTIFICAÇÃO
		CÓDIGO (IBGE)
		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 I - 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) LOGRADOURO (RUA, AVENIDA,...)			CÓDIGO
	21) NÚMERO	22) COMPLEMENTO (APTO, CASA,...)	23) BAIRRO	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 DE INVESTIGAÇÃO	32) OCUPAÇÃO																								
	33) VACINAÇÃO																									
	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> POLISSACARÍDICA A/C</td> <td>Nº DOSES</td> <td>DATA DA ÚLTIMA DOSE</td> <td><input type="checkbox"/> TRÍPLICE</td> <td>Nº DOSES</td> <td>DATA DA ÚLTIMA DOSE</td> </tr> <tr> <td>1 - SIM</td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> HEMÓFILO (TETRAVALENTE OU HiB)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2 - NÃO</td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> PNEUMOCOCO</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>9 - IGNORADO</td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> OUTRA _____</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> POLISSACARÍDICA A/C	Nº DOSES	DATA DA ÚLTIMA DOSE	<input type="checkbox"/> TRÍPLICE	Nº DOSES	DATA DA ÚLTIMA DOSE	1 - SIM			<input type="checkbox"/> HEMÓFILO (TETRAVALENTE OU HiB)			2 - NÃO			<input type="checkbox"/> PNEUMOCOCO			9 - IGNORADO			<input type="checkbox"/> OUTRA _____		
	<input type="checkbox"/> POLISSACARÍDICA A/C	Nº DOSES	DATA DA ÚLTIMA DOSE	<input type="checkbox"/> TRÍPLICE	Nº DOSES	DATA DA ÚLTIMA DOSE																				
	1 - SIM			<input type="checkbox"/> HEMÓFILO (TETRAVALENTE OU HiB)																						
	2 - NÃO			<input type="checkbox"/> PNEUMOCOCO																						
9 - IGNORADO			<input type="checkbox"/> OUTRA _____																							
34) DOENÇAS PRÉ-EXISTENTES																										
<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> AIDS/HIV +</td> <td><input type="checkbox"/> OUTRAS DOENÇAS IMUNODEPRESSORAS</td> <td><input type="checkbox"/> IRA</td> <td><input type="checkbox"/> TUBERCULOSE</td> </tr> <tr> <td>1 - SIM</td> <td><input type="checkbox"/> TRAUMATISMO</td> <td><input type="checkbox"/> INFECÇÃO HOSPITALAR</td> <td><input type="checkbox"/> OUTRO _____</td> </tr> <tr> <td>2 - NÃO</td> <td>9 - IGNORADO</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> AIDS/HIV +	<input type="checkbox"/> OUTRAS DOENÇAS IMUNODEPRESSORAS	<input type="checkbox"/> IRA	<input type="checkbox"/> TUBERCULOSE	1 - SIM	<input type="checkbox"/> TRAUMATISMO	<input type="checkbox"/> INFECÇÃO HOSPITALAR	<input type="checkbox"/> OUTRO _____	2 - NÃO	9 - IGNORADO															
<input type="checkbox"/> AIDS/HIV +	<input type="checkbox"/> OUTRAS DOENÇAS IMUNODEPRESSORAS	<input type="checkbox"/> IRA	<input type="checkbox"/> TUBERCULOSE																							
1 - SIM	<input type="checkbox"/> TRAUMATISMO	<input type="checkbox"/> INFECÇÃO HOSPITALAR	<input type="checkbox"/> OUTRO _____																							
2 - NÃO	9 - IGNORADO																									
35) CONTATO COM CASO SUSPEITO OU CONFIRMADO DE MENINGITE (ATÉ 15 DIAS ANTES DO INÍCIO DOS SINTOMAS)																										
<table border="0"> <tr> <td>1 - DOMICÍLIO</td> <td>2 - VIZINHANÇA</td> <td>3 - TRABALHO</td> <td>4 - CRECHE/ESCOLA</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>5 - POSTO DE SAÚDE / HOSPITAL</td> <td>6 - OUTRO ESTADO / MUNICÍPIO</td> <td>7 - SEM HISTÓRIA DE CONTATO</td> <td>8 - OUTRO PAÍS</td> <td>9 - IGNORADO</td> </tr> </table>		1 - DOMICÍLIO	2 - VIZINHANÇA	3 - TRABALHO	4 - CRECHE/ESCOLA	<input type="checkbox"/>	5 - POSTO DE SAÚDE / HOSPITAL	6 - OUTRO ESTADO / MUNICÍPIO	7 - SEM HISTÓRIA DE CONTATO	8 - OUTRO PAÍS	9 - IGNORADO															
1 - DOMICÍLIO	2 - VIZINHANÇA	3 - TRABALHO	4 - CRECHE/ESCOLA	<input type="checkbox"/>																						
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																										
1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO																										

DADOS CLÍNICOS	40) SINAIS E SINTOMAS																				
	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> CEFALÉIA</td> <td><input type="checkbox"/> VÔMITOS</td> <td><input type="checkbox"/> RIGIDEZ DE NUCA</td> <td><input type="checkbox"/> ABAULAMENTO DE FONTANELA</td> <td><input type="checkbox"/> PETEQUIAS / SUFUSÕES HEMORRÁGICAS</td> </tr> <tr> <td>1 - SIM</td> <td>2 - NÃO</td> <td>9 - IGNORADO</td> <td><input type="checkbox"/> FEBRE</td> <td><input type="checkbox"/> CONVULSÕES</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> KERNIG / BRUDZINSKI</td> <td><input type="checkbox"/> COMA</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> OUTRAS _____</td> <td></td> </tr> </table>		<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 _____
<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 1- SIM 2- NÃO 9- IGNORADO <input type="checkbox"/>		42) DATA DA INTERNAÇÃO	43) UF	44) MUNICÍPIO DO HOSPITAL	CÓDIGO (IBGE)		
	45) NOME DO HOSPITAL					CÓDIGO		
DADOS DO LABORATÓRIO	46) PUNÇÃO LOMBAR 1- SIM 2- NÃO 9- IGNORADO <input type="checkbox"/>		47) DATA DA PUNÇÃO	48) ASPECTO DO LIQUOR 1- LÍMPIDO 2- PURULENTO 3- HEMORRÁGICO 4- TURVO 5- XANTOCRÔMICO 6- OUTRO 9- IGNORADO <input type="checkbox"/>				
	49) RESULTADOS LABORATORIAIS							
	CULTURA		CIE		PCR - VIRAL			
	LÍQUOR	<input type="text"/>	LÍQUOR	<input type="text"/>	LÍQUOR	<input type="text"/>		
	LESÃO PETEQUIAL	<input type="text"/>	SANGUE / SORO	<input type="text"/>	LESÃO PETEQUIAL	<input type="text"/>		
SANGUE / SORO	<input type="text"/>	AGLUTINAÇÃO PELO LÁTEX		SANGUE / SORO	<input type="text"/>			
ESCARRO	<input type="text"/>	LÍQUOR	<input type="text"/>	ESCARRO	<input type="text"/>			
BACTERIOSCOPIA		ISOLAMENTO VIRAL						
LÍQUOR	<input type="text"/>	LÍQUOR	<input type="text"/>					
LESÃO PETEQUIAL	<input type="text"/>	FEZES	<input type="text"/>					
SANGUE / SORO	<input type="text"/>							
ESCARRO	<input type="text"/>							
CLASSIFICAÇÃO DO CASO / ETIOLOGIA	50) CLASSIFICAÇÃO DO CASO <input type="checkbox"/>		51) SE CONFIRMADO, ESPECIFIQUE		6- MENINGITE NÃO ESPECIFICADA <input type="checkbox"/>			
	1 - CONFIRMADO 2 - DESCARTADO	3 - MENINGITE MENINGOCÓCICA COM MENINGOCOCEMIA	4 - MENINGITE TUBERCULOSA		7 - MENINGITE ASSÉPTICA _____			
		5 - MENINGITE POR OUTRAS BACTÉRIAS _____			8 - MENINGITE DE OUTRA ETIOLOGIA _____			
52) CRITÉRIO DE CONFIRMAÇÃO				53) SE N. MENINGIDITIS ESPECIFICAR SOROGRUPO				
1 - CULTURA	4 - CLÍNICO	7 - CLÍNICO - EPIDEMIOLÓGICO	9 - PCR - VIRAL <input type="checkbox"/>					
2 - CIE	5 - BACTERIOSCOPIA	8 - ISOLAMENTO VIRAL	10 - OUTRA TÉCNICA LABORATORIAL					
3 - AG. LÁTEX	6 - QUIMIOCITOLÓGICO							
MEDIDAS DE CONTROLE	54) NÚMERO DE COMUNICANTES		55) REALIZADA QUIMIOPROFILAXIA DOS COMUNICANTES ? <input type="checkbox"/>		56) SE SIM, DATA			
			1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO					
57) DOENÇA RELACIONADA AO TRABALHO				1 - SIM <input type="checkbox"/>				
				2 - NÃO 9 - IGNORADO				
CONCLUSÃO	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	<input type="text"/>	mm ³	LEUCÓCITOS	<input type="text"/>	mm ³	MONÓCITOS	<input type="text"/>	%
NEUTRÓFILOS	<input type="text"/>	%	EOSINÓFILOS	<input type="text"/>	%	LINFÓCITOS	<input type="text"/>	%
GLICOSE	<input type="text"/>	mg	PROTEÍNAS	<input type="text"/>	mg	CLORETO	<input type="text"/>	mg
OBSERVAÇÕES ADICIONAIS								
INVESTIGADOR	MUNICÍPIO/UNIDADE DE SAÚDE					CÓDIGO DA UNID. DE SAÚDE		
	NOME				FUNÇÃO			
	ASSINATURA							