



INDIVÍDUO QUE APRESENTOU DOENÇA FEBRIL AGUDA INESPECÍFICA, ACOMPANHADA DE MANIFESTAÇÕES NEUROLÓGICAS DE PROVÁVEL ETIOLOGIA VIRAL, COMPATÍVEIS COM MENINGITE, ENCEFALITE OU PARALISIA FLÁCIDA AGUDA.
OBSERVAÇÃO: ESTE INSTRUMENTO DESTINA-SE À NOTIFICAÇÃO DE SÍNDROMES NEUROLÓGICAS PARA A VIGILÂNCIA DE: FEBRE DO NILO OCIDENTAL, DENGUE, ZYCA, CHICUNGUNYA, FEBRE AMARELA (SELVAGEM E DOMÉSTICA).

DADOS GERAIS	1 TIPO DE NOTIFICAÇÃO		2 - INDIVIDUAL		
	2 AGRAVO / DOENÇA FICHA DE INVESTIGAÇÃO FEBRE POR VÍRUS DO NILO OCIDENTAL E OUTRAS ARBOVIROSES DE IMPORTÂNCIA EM SAÚDE PÚBLICA		CÓDIGO (CID 10) 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(A) PACIENTE			9 DATA DE NASCIMENTO		
	10 (OU) IDADE 1 - HORA 2 - DIA 3 - MÊS 4 - ANO <input type="checkbox"/>	11 SEXO <input type="checkbox"/> M - MASCULINO <input type="checkbox"/> F - FEMININO <input type="checkbox"/> I - IGNORADO	12 GESTANTE 1 - 1º TRIMESTRE 2 - 2º TRIMESTRE 4 - IDADE GESTACIONAL IGNORADA 6 - NÃO SE APLICA		13 RAÇA / COR 1 - BRANCA 2 - PRETA 3 - AMARELA 4 - PARDA 5 - INDÍGENA 9 - IGNORADO <input type="checkbox"/>	
	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 SÉRIE INCOMPLETA DO EF (ANTIGO GINÁSIO OU 1º GRAU) 4 - ENSINO FUNDAMENTAL COMPLETO (ANTIGO GINÁSIO OU 1º GRAU) <input type="checkbox"/> 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			CÓDIGO		
	21 LOGRADOURO		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 <input type="checkbox"/>	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 3 - IGNORADO <input type="checkbox"/>		34 CASO AFIRMATIVO, DATA DA IDA		35 CASO AFIRMATIVO, DATA DO RETORNO	
	36 UF	37 PAÍS	38 MUNICÍPIO		CÓDIGO IBGE	
	VACINADO CONTRA A FEBRE AMARELA? 1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO <input type="checkbox"/>		CASO AFIRMATIVO, DATA:			
	40 TEVE INFECÇÃO PRÉVIA POR: 1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO					
	<input type="checkbox"/> DENGUE	CASO AFIRMATIVO, DATA:		<input type="checkbox"/> FEBRE AMARELA	CASO AFIRMATIVO, DATA:	
	<input type="checkbox"/> OUTRA ARBOVIROSE. QUAL? _____	CASO AFIRMATIVO, DATA:				
	41 REALIZOU TRANSFUSÃO SANGUÍNEA NOS ÚLTIMOS 15 DIAS? 1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO <input type="checkbox"/>			42 CASO AFIRMATIVO, DATA DA TRANSFUSÃO		
	43 UF	44 MUNICÍPIO DO HOSPITAL ONDE REALIZOU A TRANSFUSÃO		45 NOME DO HOSPITAL ONDE REALIZOU A TRANSFUSÃO		
	46 ALEITAMENTO MATERNO 1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO <input type="checkbox"/>		47 ESTEVE EM ÁREAS ONDE TIVERAM CAVALOS E/OU AVES MORTAS OU DOENTES NOS ÚLTIMOS 15 DIAS? 1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO <input type="checkbox"/>			
48 OCORREU HOSPITALIZAÇÃO? 1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO <input type="checkbox"/>		49 DATA DA INTERNAÇÃO		50 UF	51 MUNICÍPIO DO HOSPITAL <input type="checkbox"/>	
52 NOME DO HOSPITAL						

DADOS CLÍNICOS	53 SINAIS E SINTOMAS 1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO <input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/> CONVULSÕES <input type="checkbox"/> RIGIDEZ DE NUCA <input type="checkbox"/> CONFUSÃO MENTAL <input type="checkbox"/> COMA	<input type="checkbox"/> DIARRÉIA <input type="checkbox"/> VÔMITO <input type="checkbox"/> NÁUSEA <input type="checkbox"/> DOR ABDOMINAL	<input type="checkbox"/> MIALGIA <input type="checkbox"/> ARTRALGIA <input type="checkbox"/> CEFALÉIA <input type="checkbox"/> EXANTEMA	<input type="checkbox"/> FEBRE <input type="checkbox"/> DOR OCULAR <input type="checkbox"/> LINFADENOPATIA <input type="checkbox"/> FRAQUEZA MUSCULAR SE SIM, ONDE: <input type="checkbox"/> MMSS <input type="checkbox"/> MMII <input type="checkbox"/> PARALISIA, SE SIM, ONDE: _____

DADOS DO LABORATÓRIO	54 LEUCOGRAMA LEUCÓCITOS _____ mm ³ MONÓCITOS _____ % NEUTRÓFILOS _____ % EOSINÓFILOS _____ % LINFÓCITOS _____ %		
	55 HEMOGRAMA HEMÁCIAS _____ mm ³ HEMOGLOBINA _____ % HEMATÓCRITO _____ % PLAQUETAS _____ %		
	56 PUNÇÃO LOMBAR 1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO <input type="checkbox"/>	57 DATA DA PUNÇÃO	58 ASPECTO DO LÍQUOR 1 - LÍMPIDO 2 - PURULENTO 3 - HEMORRÁGICO <input type="checkbox"/> 4 - TURVO 5 - XANTOCRÔMICO 6 - OUTRO 9 - IGNORADO
	59 CITOQUÍMICA (LIQUOR) HEMÁCIAS _____ mm ³ LEUCÓCITOS _____ mm ³ MONÓCITOS _____ % GLICOSE _____ mg CLORETO _____ mg % NEUTRÓFILOS _____ % EOSINÓFILOS _____ % LINFÓCITOS _____ % PROTEÍNAS _____ mg		
	60 LIQUOR: ELISA 1 - REAGENTE 2 - NÃO REAGENTE <input type="checkbox"/> IgM <input type="checkbox"/> IgG 3 - INCONCLUSIVO 4 - NÃO REALIZADO		61 LÍQUOR - SORONEUTRALIZAÇÃO 1 - REAGENTE 2 - NÃO REAGENTE <input type="checkbox"/> 3 - INCONCLUSIVO 4 - NÃO REALIZADO
	62 DATA DA COLETA (S1) _____/_____/_____	63 SORO ELISA (S1) 1 - REAGENTE 2 - NÃO REAGENTE <input type="checkbox"/> IgM <input type="checkbox"/> IgG 3 - INCONCLUSIVO 4 - IGNORADO	64 SORO - SORONEUTRALIZAÇÃO (S1) 1 - REAGENTE 2 - NÃO REAGENTE <input type="checkbox"/> 3 - INCONCLUSIVO 4 - IGNORADO
	65 DATA DA COLETA (S2) _____/_____/_____	66 SORO ELISA (S2) 1 - REAGENTE 2 - NÃO REAGENTE <input type="checkbox"/> IgM <input type="checkbox"/> IgG 3 - INCONCLUSIVO 4 - IGNORADO	67 SORO - SORONEUTRALIZAÇÃO (S2) 1 - REAGENTE 2 - NÃO REAGENTE <input type="checkbox"/> 3 - INCONCLUSIVO 4 - IGNORADO
	68 MATERIAL COLETADO (PCR) 1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO SANGUE <input type="checkbox"/> LÍQUOR <input type="checkbox"/> TECIDO <input type="checkbox"/> QUAL? _____		69 DATA DA COLETA (PCR) 70 PCR 1 - POSITIVO 2 - NEGATIVO <input type="checkbox"/> 3 - INCONCLUSIVO 4 - NÃO REALIZADO
	71 MATERIAL COLETADO (IV) 1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO SANGUE <input type="checkbox"/> LÍQUOR <input type="checkbox"/> TECIDO <input type="checkbox"/> QUAL? _____		72 DATA DA COLETA 73 ISOLAMENTO VIRAL (IV) 1 - DETECTADO 2 - NÃO DETECTADO <input type="checkbox"/> 3 - INCONCLUSIVO 4 - NÃO REALIZADO
	74 MATERIAL COLETADO (AP) 1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO CÉREBRO <input type="checkbox"/> VÍSCERAS <input type="checkbox"/> QUAL? _____		75 ANATOMO PATOLÓGICO HISTOPATOLÓGICO <input type="checkbox"/> 1 - POSITIVO 2 - NEGATIVO IMUNOHISTOQUÍMICA <input type="checkbox"/> 3 - NÃO REALIZADO 9 - IGNORADO

CONCLUSÃO	77 CLASSIFICAÇÃO FINAL 1 - CONFIRMADO <input type="checkbox"/> 2 - DESCARTADO		78 CRITÉRIO DE CONFIRMAÇÃO / DESCARTE 1 - LABORATÓRIO 2 - VÍNCULO EPIDEMIOLÓGICO <input type="checkbox"/> 3 - CLÍNICO		
	LOCAL PROVÁVEL DA FONTE DE INFECÇÃO				
	79 O CASO É AUTÓCTONE DO MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA? 1 - SIM 2 - NÃO 3 - INDETERMINADO <input type="checkbox"/>		80 UF	81 PAÍS	
	82 MUNICÍPIO	CÓDIGO IBGE	83 DISTRITO	84 BAIRRO	
	85 DOENÇA RELACIONADA AO TRABALHO 1 - SIM 2 - NÃO 3 - IGNORADO <input type="checkbox"/>		86 EVOLUÇÃO DO CASO 1 - CURA 2 - ÓBTO POR FNO 3 - ÓBITO POR OUTRAS CAUSAS <input type="checkbox"/> 4 - IGNORADO		
87 DATA DO ÓBITO		88 DATA DO ENCERRAMENTO			

OBSERVAÇÕES	

INVESTIGADOR	MUNICÍPIO	UNIDADE DE SAÚDE	CÓDIGO DA UNIDADE DE SAÚDE
	NOME		FUNÇÃO
	DATA	ASSINATURA	