



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 vacinal [AEG-VFA]), E OUTROS, TAIS COMO, OS VÍRUS DA ENCEFALITE DE SAINT LOUIS, ILHÉUS, MAYARO, OROPOUCHE, ROCIO E AQUELES DO COMPLEXO DAS ENCEFALITES EQUINAS, SENDO ENCEFALITE EQUINA DO LESTE (EEE), DO OESTE (EEO) E A VENEZUELANA (EEV).

<b>DADOS GERAIS</b>	1 TIPO DE NOTIFICAÇÃO		2 - INDIVIDUAL	
	2 AGRAVO / DOENÇA <b>FICHA DE INVESTIGAÇÃO FEBRE POR VÍRUS DO NILO OCIDENTAL E OUTRAS ARBOVIROSES DE IMPORTÂNCIA EM SAÚDE PÚBLICA</b>		CÓDIGO (CID 10) <b>A 92.3</b>	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

<b>NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL</b>	8 NOME DO(A) PACIENTE			9 DATA DE NASCIMENTO
	10 (OU) IDADE <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	

<b>DADOS DE RESIDÊNCIA</b>	17 UF	18 MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	CÓDIGO (IBGE)	19 DISTRITO	
	20 BAIRRO			CÓDIGO	
	21 LOGRADOURO (RUA / AVENIDA)		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**

<b>ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS</b>	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					

<b>DADOS CLÍNICOS</b>	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:	<input type="checkbox"/> PROSTRACÃO <input type="checkbox"/> TREMORES NAS EXTREMIDADES <input type="checkbox"/> OUTROS: _____ _____ _____

<b>DADOS DO LABORATÓRIO</b>	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
	1 - SIM    2 - NÃO    9 - IGNORADO <input type="checkbox"/>		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 <sup>3</sup> LEUCÓCITOS _____ mm <sup>3</sup> MONÓCITOS _____ %    GLICOSE _____ mg    CLORETO _____ mg % NEUTRÓFILOS _____ %    EOSINÓFILOS _____ %    LINFÓCITOS _____ %    PROTEÍNAS _____ mg		
	60 LÍQUOR: ELISA		61 LÍQUOR - SORONEUTRALIZAÇÃO
1 - REAGENTE    2 - NÃO REAGENTE <input type="checkbox"/> IgM <input type="checkbox"/> IgG 3 - INCONCLUSIVO    4 - NÃO REALIZADO		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		69 DATA DA COLETA (PCR)	
SANGUE <input type="checkbox"/> LÍQUOR <input type="checkbox"/> TECIDO <input type="checkbox"/> QUAL? _____		70 PCR 1 - POSITIVO    2 - NEGATIVO <input type="checkbox"/> 3 - INCONCLUSIVO 4 - NÃO REALIZADO	
71 MATERIAL COLETADO (IV) 1 - SIM    2 - NÃO    9 - IGNORADO		72 DATA DA COLETA	
SANGUE <input type="checkbox"/> LÍQUOR <input type="checkbox"/> TECIDO <input type="checkbox"/> QUAL? _____		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		75 ANATOMO PATOLÓGICO    HISTOPATOLÓGICO <input type="checkbox"/> 1 - POSITIVO    2 - NEGATIVO    IMUNOHISTOQUÍMICA <input type="checkbox"/> 3 - NÃO REALIZADO    9 - IGNORADO	
CÉREBRO <input type="checkbox"/> VÍSCERAS <input type="checkbox"/> QUAL? _____		76 DATA DA COLETA (AP)	

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

<b>OBSERVAÇÕES</b>	

<b>INVESTIGADOR</b>	MUNICÍPIO	UNIDADE DE SAÚDE	CÓDIGO DA UNIDADE DE SAÚDE
	NOME		FUNÇÃO
	DATA	ASSINATURA	