



PREFEITURA MUNICIPAL
DE BELO HORIZONTE

FICHA DE INVESTIGAÇÃO
FEBRE POR VÍRUS DO NILO E OUTRAS ARBOVIROSES DE
IMPORTÂNCIA EM SAÚDE PÚBLICA

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE
AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

Nº

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, ZIKA, CHIKUNGUNYA, 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).

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	11 SEXO ☐ M - MASCULINO F - FEMININO 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 ☐
	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) ☐ 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 (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 ☐	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 ☐		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 ☐		CASO AFIRMATIVO, DATA:		
	40 TEVE INFECÇÃO PRÉVIA POR: 1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO				
	☐ DENGUE		CASO AFIRMATIVO, DATA:		☐ FEBRE AMARELA
	☐ OUTRA ARBOVIROSE. QUAL? _____		CASO AFIRMATIVO, DATA:		
	41 REALIZOU TRANSFUSÃO SANGÜÍNEA NOS ÚLTIMOS 15 DIAS? 1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO ☐		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 ☐		47 ESTEVE EM ÁREAS ONDE TIVERAM CAVALOS E/OU AVES MORTAS OU DOENTES NOS ÚLTIMOS 15 DIAS? 1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO ☐		
	48 OCORREU HOSPITALIZAÇÃO? 1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO ☐		49 DATA DA INTERNAÇÃO		50 UF
	52 NOME DO HOSPITAL		51 MUNICÍPIO DO HOSPITAL ☐		

DADOS CLÍNICOS	53 SINAIS E SINTOMAS 1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO ☐		
	☐ CONVULSÕES ☐ RIGIDEZ DE NUCA ☐ CONFUSÃO MENTAL ☐ COMA	☐ DIARRÉIA ☐ VÔMITO ☐ NÁUSEA ☐ DOR ABDOMINAL	☐ MIALGIA ☐ ARTRALGIA ☐ CEFALÉIA ☐ EXANTEMA SE SIM, ONDE: ☐ MMSS ☐ MMII ☐ 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 ☐		57 DATA DA PUNÇÃO
			58 ASPECTO DO LÍQUOR 1 - LÍMPIDO 2 - PURULENTO 3 - HEMORRÁGICO ☐ 4 - TURVO 5 - XANTOCRÔMICO 6 - OUTRO 9 - IGNORADO
	59 CITOQUÍMICA (LÍQUOR) HEMÁCIAS _____ mm ³ LEUCÓCITOS _____ mm ³ MONÓCITOS _____ % GLICOSE _____ mg CLORETO _____ mg NEUTRÓFILOS _____ % EOSINÓFILOS _____ % LINFÓCITOS _____ % PROTEÍNAS _____ mg		
	60 LÍQUOR: ELISA 1 - REAGENTE 2 - NÃO REAGENTE ☐ IgM ☐ IgG 3 - INCONCLUSIVO 4 - NÃO REALIZADO		61 LÍQUOR - SORONEUTRALIZAÇÃO 1 - REAGENTE 2 - NÃO REAGENTE ☐ 3 - INCONCLUSIVO 4 - NÃO REALIZADO
	62 DATA DA COLETA (S1) _____/_____/_____	63 SORO ELISA (S1) IgM ☐ IgG ☐ 1 - REAGENTE 2 - NÃO REAGENTE 3 - INCONCLUSIVO 4 - IGNORADO	64 SORO - SORONEUTRALIZAÇÃO (S1) ☐ 1 - REAGENTE 2 - NÃO REAGENTE 3 - INCONCLUSIVO 4 - IGNORADO
	65 DATA DA COLETA (S2) _____/_____/_____	66 SORO ELISA (S2) IgM ☐ IgG ☐ 1 - REAGENTE 2 - NÃO REAGENTE 3 - INCONCLUSIVO 4 - IGNORADO	67 SORO - SORONEUTRALIZAÇÃO (S2) ☐ 1 - REAGENTE 2 - NÃO REAGENTE 3 - INCONCLUSIVO 4 - IGNORADO
	68 MATERIAL COLETADO (PCR) 1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO SANGUE ☐ LÍQUOR ☐ TECIDO ☐ QUAL? _____		69 DATA DA COLETA (PCR)
	71 MATERIAL COLETADO (IV) 1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO SANGUE ☐ LÍQUOR ☐ TECIDO ☐ QUAL? _____		73 ISOLAMENTO VIRAL (IV) 1 - DETECTADO 2 - NÃO DETECTADO ☐ 3 - INCONCLUSIVO 4 - NÃO REALIZADO
	74 MATERIAL COLETADO (AP) 1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO CÉREBRO ☐ VÍSCERAS ☐ QUAL? _____		75 ANATOMO PATOLÓGICO HISTOPATOLÓGICO ☐ 1 - POSITIVO 2 - NEGATIVO IMUNOHISTOQUÍMICA ☐ 3 - NÃO REALIZADO 9 - IGNORADO
	76 DATA DA COLETA (AP)		
CONCLUSÃO	77 CLASSIFICAÇÃO FINAL 1 - CONFIRMADO ☐ 2 - DESCARTADO		78 CRITÉRIO DE CONFIRMAÇÃO / DESCARTE 1 - LABORATÓRIO 2 - VÍNCULO EPIDEMIOLÓGICO ☐ 3 - CLÍNICO
	LOCAL PROVÁVEL DA FONTE DE INFECÇÃO		
	79 O CASO É AUTÓCTONE DO MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA? 1 - SIM 2 - NÃO 3 - INDETERMINADO ☐		80 UF
			81 PAÍS
	82 MUNICÍPIO	CÓDIGO IBGE	83 DISTRITO
	84 BAIRRO		
85 DOENÇA RELACIONADA AO TRABALHO 1 - SIM 2 - NÃO 3 - IGNORADO ☐		86 EVOLUÇÃO DO CASO 1 - CURA 2 - ÓBTO POR FNO 3 - ÓBITO POR OUTRAS CAUSAS ☐ 4 - IGNORADO	
87 DATA DO ÓBITO		88 DATA DO ENCERRAMENTO	
OBSERVAÇÕES			
INVESTIGADOR	MUNICÍPIO	UNIDADE DE SAÚDE	
	NOME		FUNÇÃO
	DATA	ASSINATURA	