

SES:

(Periodicidade de notificação – 24 Horas) N°

Campo de preenchimento do **enfermeiro**: O prazo de notificação no SINAN foi cumprido?

() Sim () Não

SINAN

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

Caso Suspeito de Doença Neuroinvasiva Grave (Encefalite e/ou Meningoencefalite): Indivíduo residente no RS, SC, PR, MS e SP ou que esteve nestes estados ou em locais com comprovada circulação do vírus do Nilo Ocidental nos últimos 15 dias, que apresentou febre de início súbito, acompanhada de um ou mais dos seguintes sinais e sintomas: alteração do estado mental (desorientação, obnubilação, estupor ou coma); OU outros sintomas de disfunção neurológica central ou periférica; E meningite de líquido claro com pleocitose

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual		2 Agravado/doença FEBRE POR VÍRUS DO NILO OCIDENTAL		Código (CID10) 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 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 1-1ºTrimestre 2-2ºTrimestre 3-3ºTrimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado		13 Raça/Coi 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 à 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 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 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 9-Ignorado			34 Caso Afirmativo, Data de ida		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			
	<input type="checkbox"/> Dengue <input type="checkbox"/> Febre Amarela <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		49 Data da Internação		50 UF	51 Município do Hospital
	52 Nome do Hospital					
Dados Clínicos	53 Sinais e Sintomas 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado					
	<div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Febre</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Prostração</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Convulsões</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Dor ocular</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Tremores de extremidades</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Rigidez de nuca</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Linfadenopatia</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Outras _____</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Confusão mental</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Fraqueza muscular. Se sim, <input type="checkbox"/> MMSS <input type="checkbox"/> MMII</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Coma</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Paralisia, se sim onde: _____</div> </div>					
Dados do Laboratório	54 Leucograma Leucócitos _____ mm ³ Monócitos _____ % Neutrófilos _____ % Eosinófilos _____ % Linfócitos _____ %					
	55 Hemograma Hemácias _____ mm ³ hemoglobina _____ Hematócrito _____ Plaquetas _____					
	56 Punção Lombar <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		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 (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 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) 1 - Reagente 2 - Não reagente 3 - Inconclusivo 4 - Não realizado		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		67 Soro - Soroneutralização (S2) 1 - Reagente 2 - Não reagente 3 - Inconclusivo 4 - Não realizado	
	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 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 (IV)		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 <input type="checkbox"/> Visceras <input type="checkbox"/> Qual _____		75 Anátomo-patológico (AP) 1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Não realizado 9 - Ignorado		76 Data da Coleta (AP)	
Conclusão	Local Provável da Fonte de Infecção					
	77 O caso é autóctone do município de residência? 1 - Sim 2 - Não 3 - Indeterminado		78 UF	79 País		
	80 Município	Código (IBGE)	81 Distrito	82 Bairro		
	83 Doença Relacionada ao Trabalho 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		84 Evolução do Caso 1 - Cura 2 - Óbito por FNO 3 - Óbito por outras causas 9 - Ignorado			
85 Data do Óbito		86 Data do Encerramento				
Observações:						
Investigador	87 Município/Unidade de Saúde				88 Código da Unid. de Saúde	
	89 Nome		90 Função		91 Assinatura	

VISTORIA DO ENFERMEIRO: DATA _____ ASSINATURA _____

Febre por Vírus do Nilo Ocidental

Sinan NET

SVS 26/10/2007