SES:	(Periodicidade de notificação – Até 24 Horas) N°
------	--

Campo de preenchimento do <u>enfermeiro</u>: O prazo de notificação no SINAN foi cumprido?

() Sim ()Não

SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

irrit	SO SUSPEITO: Criança acima de nove meses e/ou adulto com febre, cefaléia, vômitos, rigidez de nuca, outros sinais de ação meníngea (Kernig e Brudzinski), convulsão, sufusões hemorrágicas (petéquias) e torpor. anças abaixo de nove meses observar também irritabilidade (choro persistente) ou abaulamento de fontanela.				
Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual				
	Agravo/doença MENINGITE 1 - DOENÇA MENINGOCÓCICA 2 - OUTRAS MENINGITES Código (CID10) 3 Data da Notificação G 0 3. 9				
	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 - Més 4 - Ano 1 - Sexo M - Masculino F - Ferminino I - Ignorado 1 - Ignorado 2 - Ignorado 1 - Ignorado 2 - Ignorado 3 - Ignorado				
	6-Ensino médio completo (antigo colegiai 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				
e Residênc	17 UF 18 Município de Residência Código (IBGE) 19 Distrito				
	20 Bairro Código				
	22 Número 23 Complemento (apto., casa,)				
	25 Geo campo 2 26 Ponto de Referência 27 CEP 28 (DDD) Telefone 29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 30 País (se residente fora do Brasil)				
	3 - Periurbana 9 - Ignorado				
	Dados Complementares do Caso [31] Data da Investigação [32] Ocupação				
	33 Vacinação Nº Doses Data da Última Dose Nº Doses Data da Última Dose				
	Polissacárídica Tríplice Tríplice				
so	1 - Sim Polissacarídica				
cedentes Epidemiológicos	meningo C BCG Outra Outra				
tes Epide	34 Doenças Pré-existentes 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado				
Antecedent	AIDS/HIV + Outras Doenças Imunodepressoras IRA Tuberculose Traumatismo Infecção Hospitalar Outro				
	35 Contato com Caso Suspeito ou Confirmado de Meningite (até 15 dias antes do início dos sintomas) 1 - Domicílio 2 - Vizinhança 3 - Trabalho 4 - Creche/Escola 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) 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado				
Dados Clínicos	40 Sinais e Sintomas Cefaléia Vômitos Rigidez de Nuca Abaulamento de Fontanela 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado Febre Convulsões Kernig/Brudzinski Com Outras Outras				
	Meningite Sinan NET SVS 15/10/2007				

Atendimento	41 Ocorreu Hospitaliza	·	43 UF 44 Município do Hospital	Código (IBGE)		
di ii	1 - Sim 2 - Não 9 - 45 Nome do Hospital	Ignorado		Código		
Ater	Nome do Pospital			Codigo		
	46 Punção Lombar	147 Data da Punção	48 Aspecto do Líquor			
	1 - Sim 2 - Não 9 - Ig		1 - Límpido 2 - Purulento 3 - He			
			4 - Turvo 5 - Xantocrômico 6 -	Outro 9 - Ignorado		
	49 Resultados Laborat Cultura	CIE				
۰		Líquor	PCR			
tóri	Líquor	Sangue/Soro	Líquor			
bora	Lesão Petequial		Lesão Petequi	al		
Dados do Laboratório	Sangue/Soro	Aglutinaçã	ăo pelo Látex Sangue/Soro			
	Escarro	Líquor	Escarro			
Dad	Bacterioscopia	Sangue/Soro				
	Líquor	Isolament	o Viral			
	Lesão Petequial	Líquor				
	Sangue/Soro	Fezes				
	Escarro)			
=	50 Classificação do	51 Se Confirmado, Especifique				
ä	Caso			1		
tiolog		1 - Meningococemia	6 - Meningite não especifi	cada		
/E	1 - Confirmado	2 - Meningite Meningocócica 3 - Meningite Meningocócica con	7 - Meningite Asséptica n Meningococemia 8 - Meningite de outra etic	logia		
Caso	2 - Descartado	4 - Meningite Tuberculosa	9 - Meningite de dura etc	1920 M. C. C.		
op		5 - Meningite por outras bactérias	and the second s			
Classificação do Caso / Etiologia	52 Critério de Confirm	mação				
sific	1 - Cultura 4 - Clínico 7 - Clínico-epidemiológico 53 Se N. meningiaitis especificar sorogrupo					
Clas	3 - Ag. Látex 6 - Quimiocitológico 9 - PCR					
		do líquor 10 - Outros				
Medidas de Controle	54 Número de Comunicantes	55 Realizada Quimioprofilaxia dos Comunicantes?		Doença Relacionada ao Frabalho 1 - Sim		
Medidas de Controle	2 - Não					
		1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		9 - Ignorado		
Conclusão	58 Evolução do Caso 59 Data da Evolução Data do Encerramento					
onc	1 - Alta 3 - Óbito por	2 - Óbito por meningite r outra causa 9 - Ignorado		+ 1 $+$ 1 $+$ $+$ $+$		
		Informações comple	ementares e observações			
ı Exa	ame Quimiocitológico	•	•			
-	Hemácias	mm ³ Leucócitos	mm ³ Monócitos	%		
	Tiemadiad					
	Neutrófilos	% Eosinófilos	% Linfócitos	%		
	Glicose	mg Proteinas	mg Cloreto	mg		
_						
Ob	servações Adicionai	is				
				-		
ır	Município/Unidade de	e Saúde		Cód. da Unid. de Saúde		
gade						
Sti	Nome	Funç	ão	Assinatura		
ě				raaniquia		
Investigador]				