

SES:

(Periodicidade de notificação – Até 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: Criança acima de nove meses e/ou adulto com febre, cefaléia, vômitos, rigidez de nuca, outros sinais de irritação meníngea (Kernig e Brudzinski), convulsão, sufusões hemorrágicas (petéquias) e torpor.
Crianças abaixo de nove meses observar também irritabilidade (choro persistente) ou abaulamento de fontanela.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação	2 - Individual	
	2 Agravado/doença	1 - DOENÇA MENINGOCÓCICA 2 - OUTRAS MENINGITES	3 Data da Notificação
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)
Notificação Individual	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código	7 Data dos Primeiros Sintomas
	8 Nome do Paciente	9 Data de Nascimento	
	10 (ou) Idade	11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12 Gestante
	13 Raça/Cor	14 Escolaridade	
	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,...)
	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	30 País (se residente fora do Brasil)
	31 Data da Investigação		
	32 Ocupação		
Antecedentes Epidemiológicos	33 Vacinação		
	34 Doenças Pré-existentes		
	35 Contato com Caso Suspeito ou Confirmado de Meningite (até 15 dias antes do início dos sintomas)		
	36 Nome do Contato		
	37 (DDD) Telefone		
Dados Clínicos	38 Endereço do contato (Rua, Av., Apto., Bairro, Localidade, etc)		
	39 Caso Secundário		
40 Sinais e Sintomas			

Meningite

Sinan NET

SVS 15/10/2007

