

Indivíduo que apresentou quadro infeccioso febril agudo inespecífico, acompanhado por manifestações neurológicas compatíveis com meningite, encefalite e paralisia flácida aguda, de etiologia desconhecida.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação <span style="float: right;">2 - Individual</span>	
	2 Agravado/doença <b>FEBRE POR VÍRUS DO NILO OCIDENTAL</b>	3 Data da Notificação
	4 UF	5 Município de Notificação
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	7 Data dos Primeiros Sintomas
Notificação Individual	8 Nome do Paciente	
	9 Data de Nascimento	10 (ou) Idade
	11 Sexo M - Masculino F - Feminino 1 - Ignorado	12 Gestante
	13 Raça/Cor	
14 Escolaridade		15 Número do Cartão SUS
16 Nome da mãe		17 UF
Dados de Residência	18 Município de Residência	
	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 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	30 País (se residente fora do Brasil)
	<b>Dados Complementares do Caso</b>	
31 Data da Investigação		32 Ocupação
33 Viajou nos últimos 15 dias?		34 Caso Afirmitivo, Data de ida
35 Caso Afirmitivo, Data de retorno		36 UF
37 País		38 Município
39 Vacinado contra febre amarela:		39 Caso Afirmitivo, Data
40 Teve infecção prévia por:		40 Dengue
40 Febre Amarela		40 Outra arbovirose. Qual:
41 Realizou transfusão sanguínea nos últimos 15 dias		42 Data da transfusão
43 UF		44 Município do Hospital onde realizou a transfusão
45 Nome do Hospital onde realizou transfusão		46 Aleitamento materno
47 Esteve em áreas onde tiveram cavalos e/ou aves mortas ou doentes nos últimos 15 dias?		47 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

**Atendimento**

48 Ocorreu Hospitalização  49 Data da Internação \_\_\_\_\_ 50 UF \_\_\_\_\_ 51 Município do Hospital \_\_\_\_\_  
 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

52 Nome do Hospital \_\_\_\_\_

**Dados Clínicos**

53 Sinais e Sintomas 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

Febre  Prostração  
 Convulsões  Diarréia  Mialgia  Dor ocular  Tremores de extremidades  
 Rigidez de nuca  Vômito  Artralgia  Linfadenopatia  Outras \_\_\_\_\_  
 Confusão mental  Náusea  Cefaléia  Fraqueza muscular. Se sim, onde:  MMSS  MMII  
 Coma  Dor abdominal  exantema  Paralisia, se sim onde: \_\_\_\_\_

**Dados do Laboratório**

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 \_\_\_\_\_ 58 Aspecto do Líquor 1 - Límpido 2 - Purulento 3 - Hemorrágico   
 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado 4 - Turvo 5 - Xantocrômico 6 - Outro 9 - Ignorado

59 Citoquímica (Líquor)  
 Hemácias \_\_\_\_\_ mm<sup>3</sup> Leucócitos \_\_\_\_\_ mm<sup>3</sup> Monócitos \_\_\_\_\_ % Glicose \_\_\_\_\_ mg Cloreto \_\_\_\_\_ mg  
 Neutrófilos \_\_\_\_\_ % Eosinófilos \_\_\_\_\_ % Linfócitos \_\_\_\_\_ % Proteínas \_\_\_\_\_ mg

60 Líquor - ELISA 1 - Reagente 2 - Não reagente 3 - Inconclusivo 4 - Não realizado IgM  IgG  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 IgM  IgG  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 IgM  IgG  67 Soro - Soroneutralização (S2) 1 - Reagente 2 - Não reagente 3 - Inconclusivo 4 - Não realizado

68 Material coletado (PCR) 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado 69 Data da Coleta (PCR) \_\_\_\_\_ 70 PCR 1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Inconclusivo 4 - Não realizado  
 Sangue  Líquor  Tecido  Qual \_\_\_\_\_

71 Material coletado (IV) 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado 72 Data da Coleta (IV) \_\_\_\_\_ 73 Isolamento viral (IV) 1 - Detectado 2 - Não detectado 3 - Inconclusivo 4 - Não realizado  
 Sangue  Líquor  Tecido  Qual \_\_\_\_\_

74 Material coletado (AP) 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado 75 Anátomo-patológico (AP) 1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Não realizado 9 - Ignorado Histopatológico  Imunohistoquímica  76 Data da Coleta (AP) \_\_\_\_\_  
 Cérebro  Visceras  Qual \_\_\_\_\_

**Local Provável da Fonte de Infecção**

77 O caso é autóctone do município de residência?  78 UF \_\_\_\_\_ 79 País \_\_\_\_\_  
 1 - Sim 2 - Não 3 - Indeterminado

80 Município \_\_\_\_\_ Código (IBGE) \_\_\_\_\_ 81 Distrito \_\_\_\_\_ 82 Bairro \_\_\_\_\_

83 Doença Relacionada ao Trabalho  84 Evolução do Caso   
 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado 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 \_\_\_\_\_