

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

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	Agravado/doença		Código (CID10)	3 Data da Notificação
	FEBRE DO NILO E OUTRAS ARBOVIROSES DE IMPORTÂNCIA EM SAÚDE PÚBLICA		A 92.3		
	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	11 Sexo	12 Gestante	13 Raça/Cor		
	1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	M - Masculino F - Feminino 1 - Ignorado	1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado	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 a 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	30 País (se residente fora do Brasil)		
			1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado			

**Dados Complementares do Caso**

Antecedentes Epidemiológicos	31 Data da Investigação		32 Ocupação			
	33 Viajou nos últimos 15 dias?		34 Caso Afirmativo, Data de ida		35 Caso Afirmativo, Data de retorno	
	1-Sim 2-Não 9-Ignorado					
	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			
	<input type="checkbox"/> Dengue		Caso Afirmativo, Data		<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		47 Esteve em áreas onde tiveram cavalos e/ou aves mortas ou doentes nos últimos 15 dias?				
1-Sim 2-Não 9-Ignorado				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  Outros \_\_\_\_\_  
 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 \_\_\_\_\_

77 Classificação Final  78 Critério de Confirmação/ Descarte 1 - Laboratório 2 - Vínculo epidemiológico 3 - Clínico  
 1 - Confirmado 2 - Descartado

**Local Provável da Fonte de Infecção**

79 O caso é autóctone do município de residência?  80 UF \_\_\_\_\_ 81 País \_\_\_\_\_  
 1 - Sim 2 - Não 3 - Indeterminado

82 Município \_\_\_\_\_ Código (IBGE) \_\_\_\_\_ 83 Distrito \_\_\_\_\_ 84 Bairro \_\_\_\_\_

85 Doença Relacionada ao Trabalho  86 Evolução do Caso   
 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado 1 - Cura 2 - Óbito por FNO 3 - Óbito por outras causas 9 - Ignorado

87 Data do Óbito \_\_\_\_\_ 88 Data do Encerramento \_\_\_\_\_

Observações:  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Investigador**

Município/Unidade de Saúde \_\_\_\_\_ Código da Unid. de Saúde \_\_\_\_\_  
 Nome \_\_\_\_\_ Função \_\_\_\_\_ Assinatura \_\_\_\_\_