

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		A92.3		
	4 Município	5 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	12 Gestante	13 Raça/Cor	
	1-Hora 2-Dia 3-Mês 4-Ano	M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	1-1ºTrimestre 2-2ºTrimestre 3-3ºTrimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado	1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena	
	14 Escolaridade			Etnia	
	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			1- Tupiniquim 2- Guarani 9- ignorado	
	15 Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe		
			S		
	1- Sim 2- Não		Pessoa em situação de rua 1- Sim 2- Não	CPF do paciente Nacionalidade	
	Passaporte		Orientação sexual 1- Heterossexual 2- Homossexual 3- Bissexual 4- Pansexual 8- Não se aplica 9- Ignorado		
DADOS DE RESIDÊNCIA	17 UF	18 Município de Residência		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		
	Unidade de Saúde de Referência				
	ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS	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			Caso Afirmativo, Data		
1-Sim -Não 9-Ignorado					
40 Teve infecção prévia por:					
1-Sim 2-Não 9-Ignorado					
Dengue		Febre Amarela			
Caso Afirmativo, Data		Caso Afirmativo, Data			
Outra arbovirose. Qual:					
41 Realizou transfusão sanguínea nos últimos 15 dias		42 Data da transfusão	43 UF		
1-Sim 2-Não 9-Ignorado					
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 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/>			49 Data da Internação				50 UF						
	51 Município do Hospital			Código (IBGE)		52 Nome do Hospital			Código					
DADOS CLÍNICOS	53 Sinais e Sintomas 1 – Sim 2 – Não 9 - Ignorado													
	<input type="checkbox"/> Convulsões <input type="checkbox"/> Diarréia <input type="checkbox"/> Mialgia			<input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Prostração			<input type="checkbox"/> Rigidez de nuca <input type="checkbox"/> Vômito <input type="checkbox"/> Artralgia			<input type="checkbox"/> Dor ocular <input type="checkbox"/> Tremores de extremidades				
<input type="checkbox"/> Confusão mental <input type="checkbox"/> Náusea <input type="checkbox"/> Cefaléia			<input type="checkbox"/> Linfadenopatia <input type="checkbox"/> Outros _____			<input type="checkbox"/> Fraqueza muscular. Se sim, onde: <input type="checkbox"/> MMSS <input type="checkbox"/> MMII			<input type="checkbox"/> Coma <input type="checkbox"/> Dor abdominal <input type="checkbox"/> Exantema			<input type="checkbox"/> Paralisia, se sim onde: _____		
54 Leucograma Leucócitos _____ mm ³ Monócitos _____ % Neutrófilos _____ % Eosinófilos _____ % Linfócitos _____ %														
55 Hemograma Hemácias _____ mm ³ Hematócrito _____ 55 Hemoglobina _____ Plaquetas _____														
56 Punção Lombar <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			57 Data da Punção			58 Aspecto do Líquor <input type="checkbox"/> 1 - Límpido 2 - Purulento 3 - Hemorrágico 4 - Turvo 5 - Xantocrômico 6 - Outro 9 - Ignorado								
59 Citoquímica (Líquor) Hemácias _____ mm ³ Leucócitos _____ mm ³ Monócitos _____ % Neutrófilos _____ % Linfócitos _____ % Cloreto _____ mg Eosinófilos _____ % Proteínas _____ mg Glicose _____ mg														
60 Líquor - ELISA <input type="checkbox"/> IgM <input type="checkbox"/> IgG 1 - Reagente 2 - Não Reagente 3- Inconclusivo 4-Não realizado			61 Líquor - Soroneutralização <input type="checkbox"/> 1 - Reagente 2 - Não Reagente 3- Inconclusivo 4-Não realizado											
62 Data da Coleta (S1)			63 Soro - ELISA (S1) 1 - Reagente 2 - Não Reagente <input type="checkbox"/> IgM 3- Inconclusivo 4-Não realizado <input type="checkbox"/> IgG			64 Soro - Soroneutralização (S1) <input type="checkbox"/> 1 - Reagente 2 - Não Reagente 3- Inconclusivo 4-Não realizado								
65 Data da Coleta (S2)			66 Soro - ELISA (S2) 1 - Reagente 2 - Não Reagente <input type="checkbox"/> IgM 3- Inconclusivo 4-Não realizado <input type="checkbox"/> IgG			67 Soro - Soroneutralização (S2) <input type="checkbox"/> 1 - Reagente 2 - Não Reagente 3- Inconclusivo 4-Não realizado								
68 Material coletado (PCR) Sangue <input type="checkbox"/> Líquor <input type="checkbox"/> Tecido <input type="checkbox"/> Qual _____ 1-Sim -Não 9-Ignorado			69 Data da Coleta (PCR)			70 PCR <input type="checkbox"/> 1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Inconclusivo 4 - Não realizado								
71 Material coletado (IV) Sangue <input type="checkbox"/> Líquor <input type="checkbox"/> Tecido <input type="checkbox"/> Qual _____ 1-Sim -Não 9-Ignorado			72 Data da Coleta (IV)			73 Isolamento viral (IV) <input type="checkbox"/> 1 - Detectado 2 - Não detectado 3 - Inconclusivo 4 - Não realizado								
74 Material coletado (AP) Cérebro <input type="checkbox"/> Visceras <input type="checkbox"/> Qual _____ 1-Sim -Não 9-Ignorado			75 Anátomo-patológico (AP) 1- Positivo 2 -Negativo Histopatológico <input type="checkbox"/> 3- Não realizado Imunohistoquímica <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado			76 Data da Coleta (AP)								
77 Classificação Final 1 –Confirmado 2 Descartado <input type="checkbox"/>			78 Critério de Confirmação / Descarte <input type="checkbox"/> 1 - Laboratorial 2 - Vínculo-Epidemiológico 3- Clínico											
Local Provável de Infecção														
79 Caso autóctone do município de residência <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Indeterminado			80 UF		81 País		82 Município							
83 Distrito			84 Bairro											
85 Doença Relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado														

DADOS DO LABORATÓRIO

CONCLUSÃO

CONCLUSÃO

86 Evolução do Caso
1- Cura 2- Óbito por FNO
3- Óbito por outras causas 9- Ignorado

87 Data do Óbito

88 Data do Encerramento

OBSERVAÇÃO:

INVESTIGADOR

Município/Unidade de Saúde

Cód. da Unid. de Saúde

Nome

Função

Assinatura