

MENINGITE

Definição de caso: : 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		Código (CID10)			
	3		Data da Notificação			
	4 UF		5 Município de Notificação			
6		Código		7 Data dos primeiros sintomas		
8 Nome do Paciente		9 Data de Nascimento				
NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL	10 (ou) Idade		11 Sexo		12 Gestante	
	1- Hora 2- Dia 3- Mês 4- Ano		M - Masculino F - Feminino I - Ignorado		1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional 5- Não se aplica 6- Não se aplica 9- Ignorado	
	14 Escolaridade		13 Raça/Cor		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 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		1- Branca 2- Preta 3- Amarela 4- Parda 5- Indígena		1- Tupiniquim 2- Guarani 9- ignorado	
	15 Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe			
	PcD (pessoa com deficiência)		Pessoa em situação de rua		CPF do paciente	
1- sim 2- não		1- sim 2- não		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	
	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					

Dados complementares do caso

ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS	31 Data da Investigação		32 Ocupação	
	33 Vacinação		N. doses	
	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		Data da última dose	
	<input type="checkbox"/> Polissacarídica A/C <input type="checkbox"/> Polissacarídica B/C <input type="checkbox"/> Conjugada meningococo <input type="checkbox"/> BCG		<input type="checkbox"/> Tríplice <input type="checkbox"/> Hemófilo (Tetralente ou Hib) <input type="checkbox"/> Pneumococo <input type="checkbox"/> Outra	
	34 Doenças Pré-existentes		1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
	<input type="checkbox"/> AIDS/HIV + <input type="checkbox"/> Traumatismo <input type="checkbox"/> Outras Doenças Imunodepressororas <input type="checkbox"/> Infecção Hospitalar		<input type="checkbox"/> IRA <input type="checkbox"/> Tuberculose <input type="checkbox"/> Outro: _____	
35 Contato com Caso Suspeito ou Confirmado de Meningite (até 15 dias antes do início dos sintomas)		37 (DDD) Telefone		
1- Domicílio 2- Vizinhaça 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		39 Caso Secundário		
38 Endereço do contato (Rua, Av., Apto., Bairro, Localidade, etc)		1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		

DADOS CLINICO	40 Sinais e Sintomas <input type="checkbox"/> Cefaléia <input type="checkbox"/> Vômitos <input type="checkbox"/> Rigidez de Nuca <input type="checkbox"/> Abaulamento de Fontanela <input type="checkbox"/> Petequias/Sufusões Hemorrágicas 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Convulsões <input type="checkbox"/> Kernig/Brudzinski <input type="checkbox"/> Coma <input type="checkbox"/> Outras _____		
	41 Ocorreu Hospitalização <input type="checkbox"/> 42 Data da Internação _____ 43 UF _____ 44 Município do Hospital _____ Código (IBGE) _____ 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		
ATENDIMENTO	45 Nome do Hospital _____ Código _____		
	46 Punção Lombar <input type="checkbox"/> 47 Data da Punção _____ 48 Aspecto do Líquor 1 - Límpido 2 - Purulento 3 - Hemorrágico 4 - Turvo 5 - Xantocrômico 6 - Outro 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>		
DADOS DO LABORATÓRIO	49 Resultados Laboratoriais		
	Cultura Líquor _____ Lesão Petequial _____ Sangue/Soro _____ Escarro _____	CIE Líquor _____ Sangue/Soro _____ Aglutinação pelo Látex Líquor _____ Sangue/Soro _____	PCR Líquor _____ Lesão Petequial _____ Sangue/Soro _____ Escarro _____
	Bacterioscopia Líquor _____ Lesão Petequial _____ Sangue/Soro _____ Escarro _____	Isolamento Viral Líquor _____ Fezes _____	
	50 Classificação do Caso <input type="checkbox"/> 51 Se Confirmado, Especifique _____ 1 - Confirmado 2 - Descartado 1 - Meningococemia 2 - Meningite Meningocócica 3 - Meningite Meningocócica com Meningococemia 4 - Meningite Tuberculosa 5 - Meningite por outras bactérias _____ 6 - Meningite não especificada 7 - Meningite Asséptica _____ 8 - Meningite de outra etiologia _____ 9 - Meningite por Hemófilo 10 - Meningite por Pneumococos		
CLASSIFICAÇÃO DO CASO/ETIOLOGIA	52 Critério de Confirmação 1 - Cultura 4 - Clínico 7 - Clínico-epidemiológico 10 - Outros _____ 2 - CIE 5 - Bacterioscopia 8 - Isolamento viral 3 - Ag. Látex 6 - Quimiocitológico do Líquor 9 - PCR		53 Se N. meningiditis especificar sorogrupo _____
	54 Número de Comunicantes _____ 55 Realizada Quimioprofilaxia dos Comunicantes? <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	56 Se sim, Data _____	57 Doença Relacionada ao Trabalho 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>
MEDI DAS	58 Evolução do Caso 1 - Alta 2 - Óbito por meningite 59 Data da Evolução _____ 60 Data do Encerramento _____ 3 - Óbito por outra causa 9 - Ignorado		
	Informações complementares		
CONCLUSÃO	Exame Quimiocitológico Hemácias _____ mm ³ Leucócitos _____ mm ³ Monócitos _____ % Neutrófilos _____ % Eosinófilos _____ % Linfócitos _____ % Glicose _____ mg Proteínas _____ mg Cloreto _____ mg		
	OBSERVAÇÃO _____ _____ _____ _____ _____		
INVESTIGADOR	Município/Unidade de Saúde _____		Cód. da Unid. de Saúde _____
	Nome _____	Função _____	Assinatura _____