

## MENINGITE

### INSTRUMENTO PARA PREENCHIMENTO FICHA DE INVESTIGAÇÃO – E-SUS/VS

**CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO:** é aquele cuja ausência de dado impossibilita a inclusão da notificação ou da investigação no E-SUS.  
**CAMPO ESSENCIAL:** é aquele que, apesar de não ser obrigatório, registra dado necessário à investigação do caso ou ao cálculo de indicador epidemiológico ou operacional.

1. N.º - o sistema gera de forma automática o número da notificação atribuído pela unidade de saúde para identificação do caso, **CAMPO CHAVE**
2. Nome do agravo/doença ou código correspondente estabelecido pelo E-SUS/VS (CID 10) que está sendo notificado, **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
3. Anotar a data da notificação: data de preenchimento da ficha de notificação, **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
4. Preencher com a sigla da Unidade Federada (UF) que realizou a notificação, **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
5. Preencher com o nome completo do município (ou código correspondente segundo cadastro do IBGE) onde está localizada a unidade de saúde (ou outra fonte notificadora) que realizou a notificação, **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
6. Preencher com o nome completo (ou código correspondente ao Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – CNES) da unidade de saúde (ou outra fonte notificadora) que realizou a notificação, **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
7. Anotar a data do diagnóstico ou da evidência laboratorial e/ou clínica da doença de acordo com a definição de caso vigente no momento da notificação, **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
- \*QUANDO COLOCAR O CNS ou CPF, NO CAMPO “BUSCA PELO CNS/CPF”, O SISTEMA IRÁ PUXAR TODAS AS INFORMAÇÕES DO BANCO DE DADOS (NOME, DATA DE NASCIMENTO, SEXO, N° CARTÃO DO SUS, CPF DO PACIENTE E NOME DA MÃE), **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
8. Preencher com o nome completo do paciente (sem abreviações), **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
9. Preencher com a data de nascimento do paciente (dia/mês/ano) de forma completa, **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

10. Ao preenchimento da data de nascimento, o sistema automaticamente, calcula a idade do paciente.

11. Informar o sexo do paciente (M= masculino, F= feminino e I= ignorado), **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

12. Preencher, quando sexo F = feminino, quando gestante, com a idade gestacional da paciente, (1= 1º Trimestre, 2= 2º Trimestre, 3= 3º Trimestre, 4= Idade gestacional ignorada, 5= Não, 6= Não se aplica, 9= Ignorado), **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.** Ao se preencher com a resposta sexo masculino o sistema automaticamente responde este campo com o item 6 não se aplica.

13. Preencher com o código correspondente à cor ou raça declarada pela pessoa: (1= Branca, 2= Preta, 3= Amarela (compreende-se nesta categoria a pessoa que se declarou de raça amarela), 4= Parda (incluindo-se nesta categoria a pessoa que se declarou mulata, cabocla, cafuza, mameluca ou mestiça de preto com pessoa de outra cor ou raça), 5= indígena. Considerando-se nesta categoria a pessoa que se declarou indígena ou índia o campo etnia será liberado, preencher qual tribo (1= Tupiniquim; 2= Guarani; 9= Ignorado) **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO**

- PcD (Pessoa com Deficiência), 1=Sim; 2= Não, **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO**

Pessoa em situação de rua, 1= Sim; 2=Não, **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO**

14. Escolaridade: Preencher com a série e grau que o paciente está frequentando ou frequentou considerando a última série concluída com aprovação ou grau de instrução do paciente por ocasião da notificação, 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 ou 10= Não se aplica, **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

15. Preencher com o número do CARTÃO ÚNICO do Sistema Único de Saúde – SUS, **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

- CPF (Cadastro de Pessoa Física), Preencher com o número do **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

16. Preencher com o nome completo da mãe do paciente (sem abreviações), **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

Preencher a nacionalidade do paciente, quando nacionalidade estrangeira, o campo passaporte será aberto, preencher com o número do passaporte, **AMBOS, CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

Orientação sexual: preencher a orientação sexual do paciente, 1= Heterossexual; 2= homossexual; 3= Bissexual; 4= Pansexual; 8= não se aplica; 9= Ignorado, **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

17. Preencher com a sigla da Unidade Federada (UF) de residência do paciente, **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO, quando residente no Brasil.**

18. Anotar o nome do município (ou código correspondente segundo cadastro do IBGE) da residência do paciente), **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

19. Anotar o nome do distrito de residência do paciente, **CAMPO ESSENCIAL.**

20. Anotar o nome do bairro de residência do paciente, **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

21. Anotar o logradouro tipo (avenida, rua, travessa, etc.) e nome completo do logradouro de residência do paciente. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

22. Anotar o número da residência do paciente, **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

23. Anotar o complemento do logradouro (ex. Bloco B, apto 402, lote 25, referência, etc.), **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

\*Caso o endereço não for encontrado, preencher “Endereço não encontrado ou não é do Espírito Santo” com TODAS as informações fornecidas pelo paciente, **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

Preencher a Unidade de Saúde de referência do paciente, **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

24. Caso esteja sendo utilizado o georreferenciamento, informar o local que foi adotado para o campo Geocampo1 (ex. Se o município esteja usando o Geocampo1 para informar a quadra ou número, nele deve ser informado o número da quadra ou número).

25. Caso esteja usando georreferenciamento, informar o local que foi adotado para o campo Geocampo2.

26. Anotar o ponto de referência para localização da residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto (perto da padaria do João). **CAMPO ESSENCIAL**

27. Anotar o CEP (código de endereçamento postal) do logradouro (avenida, rua, travessa, etc.) da residência do paciente, **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

28. Anotar DDD e telefone do paciente, **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

-EMAIL: Preencher o e-mail do paciente.

29. Zona de residência do paciente, 1= área urbana; 2= área rural; 3= área periurbana; 9= Ignorado, **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

30. Anotar o nome do país de residência, quando o paciente notificado residir em outro país **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

31. Informar a data do início da investigação do caso, Informar a data da 1ª visita ao paciente **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO**

32. Informar a atividade exercida pelo paciente no setor formal, informal ou autônomo ou sua última atividade exercida quando paciente desempregado. O ramo de atividade econômica do paciente refere-se as atividades econômicas desenvolvidas nos processos de produção do setor primário (agricultura e extrativismo); secundário (indústria) ou terciário (serviços e comércio). **CAMPO ESSENCIAL.**

33. Informar dados sobre história vacinal do paciente das vacinas (1= sim, 2= não ou 9= ignorado): **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

Informar se o paciente tem história de vacinação polissacarídica contra os meningococos A e C.

Informar o número de doses aplicadas conforme cartão de vacinação.

Informar a data da última dose de vacinação contra os meningococos A e C.

Informar se o paciente tem história de vacinação contra os meningococos B e C.

Informar o número de doses aplicadas conforme cartão de vacinação.

Informar a data da última dose da vacinação contra os meningococos B e C.

Informar se o paciente tem história de vacinação conjugada contra meningococo C

Informar o número de doses aplicadas conforme cartão de vacinação.

Informar a data da última dose de vacinação contra meningococo C.

Informar se o paciente tem história de vacinação com BCG.

Informar o número de doses aplicadas conforme cartão de vacinação.

Informar a data da vacinação BCG.

Informar se o paciente tem história de vacinação de Tríplice Viral.

Informar o número de doses aplicadas conforme cartão de vacinação.

Informar a data da última dose da vacinação Tríplice Viral.

Informar se o paciente tem história de vacinação contra Hemófilo (Tetavalente ou Hib).

Informar o número de doses aplicadas conforme cartão de vacinação.

Informar a data da última dose contra hemófilo.

Informar se o paciente tem história de vacinação contra pneumococo.

Informar o número de doses aplicadas conforme cartão de vacinação.

Informar a data da última dose da vacinação contra pneumococo.

Informar se o paciente tem história de utilização de outra vacina.

Informar a data da última dose da vacinação.

34. Assinalar a doença pré-existente. Atentar para doença que já existia e que possa ter colaborado com o atual quadro clínico do paciente (1= sim, 2= não ou 9= ignorado): Aids/HIV+, Outras doenças imunodepressoras, IRA, Tuberculose, Traumatismo, Infecção hospitalar, outro (especificar no campo específico). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

35. Assinalar o local onde o paciente teve contato com pessoa apresentando quadro clínico semelhante, nos 15 dias anteriores ao início dos sinais e sintomas. (1- Domicílio, 2- Vizinhança, 3- Trabalho, 4- Creche/escola, 5- Posto de saúde/hospital, 6- Outro estado/município, 7- Sem história de contato, 8- Outro país, 9- Ignorado), **CAMPO ESSENCIAL**.

36. Escrever o nome completo do(s) contato(s). **CAMPO ESSENCIAL**.

37. Assinalar o número do telefone do(s) contato(s). **CAMPO ESSENCIAL**.

38. Assinalar o endereço completo do(s) contato(s) **CAMPO ESSENCIAL**.

39. Informar se este paciente é um caso secundário (o paciente foi contato íntimo de um caso e apresentou início dos sintomas até 15 dias após o referido contato). (1= sim, 2= não, 9= ignorado), **CAMPO ESSENCIAL**.

40. Informar quais os sinais e sintomas (Cefaléia, Febre, Vômitos, Convulsões, Rigidez de nuca, Kernig/Brudzinski, Abaulmento de fontanela, Coma, Petéquias/Sufusões Hemorrágicas, Outras , especificando em campo próprio) apresentados pelo paciente. (1= sim, 2= não, 9= ignorado). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO**.

41. Informar se o paciente foi hospitalizado (1= sim, 2= não, 9= ignorado), **CAMPO ESSENCIAL**.

42. Informar a data de internação, caso tenha ocorrido, **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO, quando o campo 41= 1- Sim**.

43. Informar a sigla da unidade federada onde o paciente foi internado, **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO, quando o campo 41= 1- Sim**.

44. Assinalar o nome completo do município do hospital onde o paciente foi internado, **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO, quando o campo 41= 1- Sim**.

45. Assinalar o nome completo do hospital onde o paciente foi internado, **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO, quando o campo 41= 1- Sim**.

46. Informar se foi realizada a punção lombar no paciente (1= sim, 2= não ou 9= ignorado). **CAMPO ESSENCIAL**.

47. Assinalar a data da realização da punção lombar. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO, quando o campo 46= 1- Sim**.

48. Informar o aspecto do líquido recolhido na punção, (1- Límpido, 2- Purulento, 3- Hemorrágico, 4- Turvo, 5- Xantocrônico, 6- Outra, 9- Ignorado), **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO, quando o campo 46= 1- Sim**.

49 Informar os resultados laboratoriais:

Cultura, Bacterioscopia, PCR, CIE, Aglutinação pelo látex, Isolamento Viral no liquor e nas fezes. **CAMPO DE PREENCHIMENTO ESSENCIAL.**

50. Informar se o caso foi confirmado ou descartado, após a investigação. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO QUANDO O CAMPO 60 ESTIVER PREENCHIDO.**

51. Especificar o diagnóstico etiológico para os casos confirmados. Se a opção for 05 (Meningite por outras bactérias), 07 (Meningite Asséptica) ou 08 (Meningite de outra etiologia), preencher com o resultado etiológico obtido pelo exame laboratorial. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO**

52. Informar o critério de confirmação; existe crítica conforme a etiologia colocada no campo 52. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO**, quando preenchido com categoria 5, 7 ou 8

53. Nos casos de diagnóstico de Meningococemia, Meningite Meningocócica e Meningite Meningocócica com Meningococemia informar o sorogrupo da Neisseria meningitidis quando o critério de confirmação for cultura, látex ou CIE.

54. Assinalar o número de comunicantes (contatos íntimos) do paciente nos casos confirmados de Meningococemia, Meningite Meningocócica e Meningite Meningocócica com Meningococemia ou nos casos de Meningite por Hemófilo.

55. Informar se foi realizada a quimioprofilaxia nestes comunicantes, conforme a suspeita clínica e segundo a norma da SVS/Ministério Saúde (1= sim, 2= não ou 9= ignorado).

56. Informar a data em que foi realizada a quimioprofilaxia dos comunicantes.

57. Informar se o paciente adquiriu a doença em decorrência do processo de trabalho, determinada pelos ambientes ou condições inadequadas de trabalho (contaminação acidental, exposição ou contato direto). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO**

58. Assinalar a evolução do paciente/caso notificado.

59. Informar a data da alta ou do óbito conforme a evolução do paciente.

60. Informar a data do encerramento da investigação do caso. ex: 30/10/1999.

**Observações:** informar as observações necessárias para complementar a investigação.