

ENCEFALITE VIRAL AGUDA*: paciente hospitalizado com alteração do estado mental (sonolência, letargia, torpor, mudança no comportamento ou na personalidade) ou ataxia sem causa definida e com duração > 24h, acompanhada por pelo menos dois dos seguintes critérios: febre, crise epiléptica, sinais neurológicos focais, pleocitose líquórica, alterações radiológicas sugestivas de encefalite, alterações eletroencefalográficas consistentes com encefalite e não atribuíveis a outra causa

MIELITE TRANSVERSA VIRAL AGUDA*: paciente com déficit motor, sensorial ou autonômico agudo atribuível à medula espinhal (incluindo-se fraqueza com padrão de neurônio motor superior e/ou inferior, nível sensitivo, comprometimento esfinteriano ou disfunção erétil) acompanhado por pelo menos dois dos seguintes critérios: febre, pleocitose líquórica, exame de imagem evidenciando inflamação ou desmielinização da medula espinhal, com ou sem envolvimento meníngeo associado.

ENCEFALOMIELITE DISSEMINADA AGUDA*: paciente com curso monofásico de alterações neurológicas focais ou multifocais agudas, incluindo-se um ou mais dos seguintes critérios: encefalopatia, alterações de funções corticais, comprometimento de nervos cranianos, defeito nos campos visuais, presença de reflexos primitivos, fraqueza muscular (focal ou difusa), anormalidades sensoriais, hiporreflexia ou hiperreflexia miotática, sinais cerebelares.

SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ*: paciente com fraqueza bilateral e relativamente simétrica dos membros de início agudo, com ou sem comprometimento respiratório ou fraqueza de músculos inervados por nervos cranianos, além de: reflexos miotáticos reduzidos ou ausentes pelo menos nos membros acometidos e curso monofásico, com nadir entre 12h e 28 dias, seguido por platô e melhora subsequente, ou óbito.

OUTRAS: neurite óptica, miosite, meningoencefalite ou síndrome de nervos cranianos.

*A presença de deficiência motora aguda em < 15 anos implica na notificação também de PFA.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação <input type="checkbox"/> 1 - Negativa <input type="checkbox"/> 2 - Individual		3 Data da Notificação			
	2 Agravado/doença 1-Encefalite viral aguda [A86] - 2-Mielite transversa viral aguda [G05.1] 3-Encefalomielite disseminada aguda [G05.8] - 4-Síndrome de Guillain-Barré [G61.0] 5-Outras:			Código (IBGE)		
	4 UF	5 Município de Notificação		CNES		
	6 Data dos Primeiros Sintomas		7 Serviço de vigilância sentinela (hospital)			
Notificação Individual	8 Nome do Paciente			9 Data de Nascimento		
	10 (ou) Idade <input type="checkbox"/> 1 - Hora <input type="checkbox"/> 2 - Dia <input type="checkbox"/> 3 - Mês <input type="checkbox"/> 4 - Ano		11 Sexo <input type="checkbox"/> M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> I - Ignorado		12 Gestante <input type="checkbox"/> 1-1ºTrimestre <input type="checkbox"/> 2-2ºTrimestre <input type="checkbox"/> 3-3ºTrimestre <input type="checkbox"/> 5-Não <input type="checkbox"/> 4 - Idade gestacional Ignorada <input type="checkbox"/> 6 - Não se aplica <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	
	13 Raça/Cor <input type="checkbox"/> 1-Branca <input type="checkbox"/> 2-Preta <input type="checkbox"/> 3-Amarela <input type="checkbox"/> 4-Parda <input type="checkbox"/> 5-Indígena <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado			14 Escolaridade <input type="checkbox"/>		
	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,...)	
	22 Número		23 CEP		24 Complemento (apto., casa, ...)	
	25 Geo campo 1		26 (DDD) Telefone		27 Zona <input type="checkbox"/> 1 - Urbana <input type="checkbox"/> 2 - Rural <input type="checkbox"/> 3 - Periurbana <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	
28 País (se residente fora do Brasil)						
Dados da investigação epidemiológica / clínicos e laboratoriais						
Investigação	29 Data da Investigação		30 Ocupação			
	31 Viajou nos últimos 15 dias? 1-Sim 2-Não 9-Ignorado		32 Caso afirmativo, data de ida		33 Caso afirmativo, data de volta	
	34 País destino da viagem		35 UF (se Brasil)		36 Município (se Brasil)	
	Código (IBGE)					
Antecedentes Epidemiológicos	37 Vacinado contra: <input type="checkbox"/> 1-Sim <input type="checkbox"/> 2-Não <input type="checkbox"/> 9-Ignorado			38 Caso afirmativo, data		
	<input type="checkbox"/> Influenza Data: ____/____/____		<input type="checkbox"/> Febre Amarela Data: ____/____/____			
	39 Teve diagnóstico laboratorial nos últimos 60 dias? <input type="checkbox"/> 1-Sim <input type="checkbox"/> 2-Não <input type="checkbox"/> 9-Ignorado					
	<input type="checkbox"/> Dengue		<input type="checkbox"/> Zika		<input type="checkbox"/> Outras arboviroses: _____	
<input type="checkbox"/> Chikungunya		<input type="checkbox"/> Febre amarela		<input type="checkbox"/> Outras doenças: _____		
40 Manifestações sistêmicas: Data do início dos primeiros sintomas ____/____/____						
41 Sinais e sintomas: <input type="checkbox"/> 1-Sim <input type="checkbox"/> 2-Não <input type="checkbox"/> 9-Ignorado						
<input type="checkbox"/> Tosse		<input type="checkbox"/> Vômito		<input type="checkbox"/> Artralgia		
<input type="checkbox"/> Dor retroorbital		<input type="checkbox"/> Prurido		<input type="checkbox"/> Febre		
<input type="checkbox"/> Coriza		<input type="checkbox"/> Náusea		<input type="checkbox"/> Mialgia		
<input type="checkbox"/> Cefaléia		<input type="checkbox"/> Calafrios		<input type="checkbox"/> Linfadenopatia		
<input type="checkbox"/> Dor abdominal		<input type="checkbox"/> Diarréia		<input type="checkbox"/> Exantema		
<input type="checkbox"/> Hiperemia conjuntival		<input type="checkbox"/> Prostração		<input type="checkbox"/> Outras: _____		

42 Manifestações neurológicas: Data do início dos primeiros sintomas ____/____/____

43 Sinais e sintomas 1-Sim 2-Não 9-Ignorado

<input type="checkbox"/> Sonolência	<input type="checkbox"/> Ataxia	<input type="checkbox"/> Disfonia	<input type="checkbox"/> Fraqueza em membros inferiores	<input type="checkbox"/> Simetria dos sintomas
<input type="checkbox"/> Confusão mental	<input type="checkbox"/> Visão dupla	<input type="checkbox"/> Tremores	<input type="checkbox"/> Hipotonia	<input type="checkbox"/> Fraqueza Ascendente
<input type="checkbox"/> Coma	<input type="checkbox"/> Fraqueza facial	<input type="checkbox"/> Fraqueza cervical	<input type="checkbox"/> Arreflexia	<input type="checkbox"/> Fraqueza Descendente
<input type="checkbox"/> Crise epiléptica	<input type="checkbox"/> Disfagia	<input type="checkbox"/> Fraqueza em membros superiores	<input type="checkbox"/> Parestesia	<input type="checkbox"/> Déficit sensorial

44 Realizou transfusão sanguínea nos últimos 15 dias? 1-Sim 2-Não 9-Ignorado

45 Data da transfusão
 ____/____/____

46 UF 47 Município do Hospital onde realizou a transfusão Código (IBGE) 48 Nome do Hospital onde realizou transfusão

49 Histórico de exposição / antecedentes patológicos 1-Sim 2-Não 9-Ignorado

<input type="checkbox"/> Exposição a mata fechada	<input type="checkbox"/> Exposição a equídeos	<input type="checkbox"/> Imunização nos últimos 60 dias*
<input type="checkbox"/> Exposição a mosquitos	<input type="checkbox"/> Passado de câncer	* Data: ____/____/____
<input type="checkbox"/> Exposição a carrapatos	<input type="checkbox"/> Casos semelhantes na família ou na vizinhança	* Tipo: _____
		* Descrever: _____

50 Fez uso de imunoglobulina? 1-Sim 2-Não 3-Não se aplica

51 Data do início do uso da imunoglobulina
 ____/____/____

52 Registrar o 1º Hemograma
 Hto ____% Hb ____g/dl Leucócitos ____mm³
 Neutrófilos ____% Linfócitos ____% Plaquetas ____mm³

53 Data do Hemograma
 ____/____/____

54 Punção lombar

55 Data da punção
 ____/____/____

56 Aspecto do líquido
 1-Límpido 2-Purulento 3-Hemorrágico
 4-Turvo 5-Xantocrômico 6-Outro 9-Ignorado

57 Citobioquímica (Resultado LCR)
 Hemácias ____mm³ Leucócitos ____mm³ Neutrófilos ____% Glicose ____mg/dl Proteínas ____mg/dl

58 Amostras / resultados de exames para diagnóstico etiológico

Exames laboratoriais:					
Agente ^A	Amostras ^A	Data da coleta	Sorologia ^B	PCR ^C	Outra técnica*
[] Zika	[] soro		[] IgM [] IgG		
	[] líquido		[] IgM [] IgG		
	[] outra		[] IgM [] IgG		
	[] urina		[] IgM [] IgG		
[] Dengue	[] soro		[] IgM [] IgG		
	[] líquido		[] IgM [] IgG		
	[] outra		[] IgM [] IgG		
	[] soro		[] IgM [] IgG		
[] Chikungunya	[] líquido		[] IgM [] IgG		
	[] outra		[] IgM [] IgG		
	[] soro		[] IgM [] IgG		
	[] líquido		[] IgM [] IgG		
[] Outros - especificar:	[] soro		[] IgM [] IgG		
	[] líquido		[] IgM [] IgG		
	[] outra		[] IgM [] IgG		

A - [1] Realizado
 [2] Não realizado
 [9] Ignorado

B - [1] Reagente
 [2] Não reagente
 [3] Inconclusivo
 [9] Ignorado

C - [1] Detectável
 [2] Não detectável
 [3] Inconclusivo
 [9] Ignorado

*Nome da técnica e resultado

59 Data da internação
 ____/____/____

60 Classificação final 1-Provável 2-Confirmado 3-Descartado 4-Indeterminado 9-Ignorado

61 Se confirmado 1-Nível I 2-Nível II 3-Nível III

62 Diagnóstico etiológico 1-Dengue 2-Zika 3-Chikungunya 4-Infecção por flavivírus 5-Outros: _____

63 Avaliação do grau de incapacidade de acordo com a escala Hughes, no momento da alta
 0-Recuperação completa, sem sequelas
 1-Sinais e sintomas menores de neuropatia, mas capaz de correr
 2-Capaz de caminhar 10 metros sem apoio, mas incapaz de correr
 3-Capaz de caminhar 10 metros com apoio, bengala ou andador
 4-Confinado a cama ou cadeira de rodas (incapaz de caminhar 10 metros com apoio)
 5-Necessita de ventilação assistida
 6-Óbito

64 Data do óbito
 ____/____/____

65 Data do encerramento
 ____/____/____

Observações Adicionais

Responsável pela investigação _____ Função _____ Telefone _____