

Indivíduo com quadro de doença febril inespecífica, acompanhada de manifestações neurológicas (compatíveis com meningite, encefalite, meningoencefalite) de etiologia desconhecida.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação <span style="float: right;">2 - Individual</span>	
	2 Agravado/doença <b>FEBRE POR VÍRUS DO NILO OCIDENTAL</b>	3 Data da Notificação
	4 UF	5 Município de Notificação
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	7 Data dos Primeiros Sintomas

Notificação Individual	8 Nome do Paciente		9 Data de Nascimento		
	10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	11 Sexo M - Masculino F - Feminino 1 - Ignorado	12 Gestante 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado	13 Raça/Cor 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 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 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 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	30 País (se residente fora do Brasil)	

**Dados Complementares do Caso**

Antecedentes Epidemiológicos	31 Data da Investigação	32 Ocupação		
	33 Viajou nos últimos 15 dias? 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	34 Caso Afirmativo, Data de ida	35 Caso Afirmativo, Data de retorno	
	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		Caso Afirmativo, Data	
	<input type="checkbox"/> Dengue <span style="margin-left: 20px;">Caso Afirmativo, Data</span> <input type="checkbox"/> Outra arbovirose. Qual: _____ <span style="margin-left: 20px;">Caso Afirmativo, Data</span>		<input type="checkbox"/> Febre Amarela <span style="margin-left: 20px;">Caso Afirmativo, Data</span>	
	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 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  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  Outras \_\_\_\_\_  
 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 \_\_\_\_\_

**Local Provável da Fonte de Infecção**

77 O caso é autóctone do município de residência?  78 UF \_\_\_\_\_ 79 País \_\_\_\_\_  
 1 - Sim 2 - Não 3 - Indeterminado

80 Município \_\_\_\_\_ Código (IBGE) \_\_\_\_\_ 81 Distrito \_\_\_\_\_ 82 Bairro \_\_\_\_\_

83 Doença Relacionada ao Trabalho  84 Evolução do Caso   
 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado 1 - Cura 2 - Óbito por FNO 3 - Óbito por outras causas 9 - Ignorado

85 Data do Óbito \_\_\_\_\_ 86 Data do Encerramento \_\_\_\_\_

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

**Investigador**

87 Município/Unidade de Saúde \_\_\_\_\_ 88 Código da Unid. de Saúde \_\_\_\_\_

89 Nome \_\_\_\_\_ 90 Função \_\_\_\_\_ 91 Assinatura \_\_\_\_\_