

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 esfíncteriano 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 ☐ 1 - Negativa ☐ 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	Código (IBGE)	
Notificação Individual	6 Data dos Primeiros Sintomas		7 Serviço de vigilância sentinela (hospital)	
	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 I - 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 ☐
Dados de Residência	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 a 6ª 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		17 UF	
	18 Município de Residência		Código (IBGE)	
Investigação	20 Bairro		21 Logradouro (rua, avenida, ...)	
	22 CEP		23 Complemento (apto., casa, ...)	
	24 (DDD) Telefone		25 Geo campo 1	
Antecedentes Epidemiológicos	26 Zona 1-Urbana 2-Rural 3-Perurbana 9- Ignorado ☐		27 País (se residente fora do Brasil)	
	28 Data da Investigação		29 Ocupação	
	30 Viagrou nos últimos 15 dias? 1-Sim 2-Não 9-Ignorado ☐		31 Caso afirmativo, data de ida	
Antecedentes Epidemiológicos	32 País destino da viagem		33 UF (se Brasil)	
	34 Município (se Brasil)		Código (IBGE)	
	35 Vacinado contra: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado ☐ Influenza Data: ____/____/____ ☐ Febre Amarela Data: ____/____/____		36 Caso afirmativo, data	
Antecedentes Epidemiológicos	37 Teve diagnóstico laboratorial nos últimos 60 dias? 1-Sim 2-Não 9-Ignorado ☐		38 Dengue ☐ Zika ☐ Outras arboviroses: _____	
	39 Chikungunya ☐ Febre amarela ☐ Outras doenças: _____		40 Manifestações sistêmicas: Data do início dos primeiros sintomas ____/____/____	
	41 Sinais e sintomas: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado ☐		42 Tosse ☐ Vômito ☐ Artralgia ☐ Dor retroorbital ☐ Prurido ☐ Febre ☐	
Antecedentes Epidemiológicos	43 Conza ☐ Náusea ☐ Mialgia ☐ Cefaléia ☐ Calafrios ☐ Linfadenopatia ☐		44 Dor abdominal ☐ Diarréia ☐ Exantema ☐ Hiperemia conjuntival ☐ Prostração ☐ Outras: _____	

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

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

☐ Sonolência	☐ Ataxia	☐ Distonia	☐ Fraqueza em membros inferiores	☐ Simetria dos sintomas
☐ Confusão mental	☐ Visão dupla	☐ Tremores	☐ Hipotonia	☐ Fraqueza Ascendente
☐ Coma	☐ Fraqueza facial	☐ Fraqueza cervical	☐ Arreflexia	☐ Fraqueza Descendente
☐ Crise epiléptica	☐ Disfagia	☐ Fraqueza em membros superiores	☐ Parestesia	☐ 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

☐ Exposição a mata fechada	☐ Exposição a equídeos	☐ Imunização nos últimos 60 dias*
☐ Exposição a mosquitos	☐ Passado de câncer	* Data ____/____/____
☐ Exposição a carrapatos	☐ 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 ____mm ³
Neutrófilos ____%	Linfócitos ____%	Plaquetas ____mm ³

53 Data do Hemograma

54 Punção lombar ☐
1-Sim 2-Não 9-Ignorado

55 Data da punção

56 Aspecto do líquor

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*	Amostras*	Data da coleta	Sorologia*	PCR*	Outra técnica*
[] Zika	[] soro		[] IgM [] IgG		
	[] líquor		[] IgM [] IgG		
	[] outra		[] IgM [] IgG		
[] Dengue	[] urina		[] IgM [] IgG		
	[] soro		[] IgM [] IgG		
	[] líquor		[] IgM [] IgG		
[] Chikungunya	[] outra		[] IgM [] IgG		
	[] soro		[] IgM [] IgG		
	[] líquor		[] IgM [] IgG		
[] Outros - especificar:	[] outra		[] IgM [] IgG		
	[] soro		[] IgM [] IgG		
	[] líquor		[] IgM [] IgG		

A - [1] Realizado
[2] Não realizado
[9] IgnoradoB - [1] Reagente
[2] Não reagente
[3] Inconclusivo
[9] IgnoradoC - [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

Responsável pela investigação

Função

Telefone

Manifestações neurológicas / Arboviroses

Sinan Online

SVS 11/09/2017