

Definição de caso: Paciente que apresenta quadro de manifestação neurológica compatível com encefalite, meningoencefalite, meningite (não bacteriana), mielite, paralisias flácidas agudas, ADEM (encefalomielite disseminada aguda), Síndrome de Guillain-Barré ou de Miller-Fisher E **ausência de etiologia definida.**

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação <input type="checkbox"/> 1- Individual <input type="checkbox"/> 2- Individual		2 Data da Notificação		
	3 Município de Notificação		Código (IBGE)		
	4 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código		
Dados do Caso	5 Agravo		Código (CID10)	6 Data dos Primeiros Sintomas	
	7 Nome do Paciente		8 Data de Nascimento		
	9 (ou) Idade D - dias M - meses A - anos	10 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	11 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9-Ignorado	12 Escolaridade (em anos de estudo concluídos) 1-Nenhuma 2-De 1 a 3 3-De 4 a 7 4-De 8 a 11 5-De 12 e mais 6- Não se aplica 9-Ignorado	
	13 Número do Cartão SUS		14 Nome da mãe		
Dados de Residência	15 Logradouro (rua, avenida,...)		Código	16 Número	
	17 Complemento (apto., casa, ...)		18 Ponto de Referência		
	20 Município de Residência		Código (IBGE)	Distrito	
	21 Bairro		Código (IBGE)	22 CEP	
	23 (DDD) Telefone		24 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Urbana/Rural 9 - Ignorado	25 País (se residente fora do Brasil) Código	

Dados Complementares do Caso

Antecedentes Epidemiológicos	26 Data da Investigação		27 Ocupação / Ramo de Atividade Econômica		
	28 Deslocamento (datas e locais frequentados no período de 30 dias anteriores ao início de sinais e sintomas)				
	Data	Município	UF	País	
29 Teve Dengue Antes? <input type="checkbox"/>		30 Caso Sim		31 Vacinado Contra Febre Amarela? <input type="checkbox"/>	
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		Ano		1- Sim 2- Não 9- Ignorado	
				32 Data da Última Dose	

Síndrome clínica

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Encefalite | <input type="checkbox"/> Paralisias flácidas agudas |
| <input type="checkbox"/> Meningoencefalite | <input type="checkbox"/> ADEM (encefalomielite disseminada aguda), |
| <input type="checkbox"/> Meningite (não bacteriana) | <input type="checkbox"/> Síndrome de Guillain-Barré (SGB) |
| <input type="checkbox"/> Mielite | <input type="checkbox"/> Síndrome de Miller-Fisher |

Sintomas

- | | | |
|---|--|--|
| Alteração de consciência <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ign | Febre (marcar >T ^o :.....)..... | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ign |
| - Detalhar:..... | Dor de cabeça | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ign |
| Paresia ou paralisia | Vômitos..... | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ign |
| - Detalhar (membros, intensidade, simetria): | Rigidez de nuca..... | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ign |
| | Kernig/Brudzinski | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ign |
| | Convulsões | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ign |
| Alterações de sensibilidade..... | Petéquias/sufusões hemorrágicas | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ign |
| - Detalhar (membros, intensidade, simetria, nível): | Exantema | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ign |
| | Prurido | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ign |
| | Hiperemia conjuntival..... | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ign |
| Reflexos alterados..... | Artralgia ou artrite | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ign |
| - Detalhar (membros, intensidade, simetria): | Diarréia..... | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ign |
| | Outros..... | |

Exames realizados

Exames de imagem (CT/RMN):

Data...../...../.....

-Descrever:

.....
.....
.....

Eletroneuromiografia:

Data...../...../.....

-Descrever:

.....
.....
.....

LCR-1

Data...../...../.....

Hemácias..... Leucócitos.....

%Dif (Mono /Seg /Linf/Eos):

Glicose Proteínas

LCR-2

Data...../...../.....

Hemácias..... Leucócitos.....

%Dif (Mono /Seg /Linf/Eos):

Glicose Proteínas

Anti-gangliosídeo

Data...../...../.....

.....
.....

Agentes etiológicos já investigados e resultados (bacterioscopia, cultura, tinta da china...)

.....
.....
.....
.....
.....

História progressa

Contato em área de mata:

Sim Não Ign

-Descrever:

Data...../...../.....

.....
.....
.....

Quadro sugestivo de infecção nos últimos 60 dias antes do início do quadro:

Data...../...../.....

febre diarreia náusea/vômito

coriza tosse dor de garganta

artralgia edema de mãos e pés

exantema hiperemia conjuntival

prurido outros.....

.....
.....

Vacinação nos últimos 60 dias:

Data...../...../.....

-Descrever:

.....
.....
.....

Doença crônica prévia:

Detalhar (DM, HAS, imunocomprometimento...)

.....
.....
.....

Já teve SGB anteriormente:

sim (data...../...../.....) não ignorado

.....

Preencher todos itens nos casos de SGB (critérios de Brighton)

•Diminuição de força muscular bilateral e flácida dos membros Sim Não Ign

•Reflexos profundos diminuídos ou ausentes nos membros com diminuição de força muscular..... Sim Não Ign

•Padrão de doença monofásico e intervalo entre o início e o pico de fraqueza entre 12 h e 28 dias após início seguido de platô clínico..... Sim Não Ign

•Ausência de um diagnóstico alternativo identificado para o quadro Sim Não Ign

•Achados eletrofisiológicos compatíveis com Síndrome de Guillain Barré..... Sim Não Ign

•Dissociação proteinocitológica (elevação ou seja, de proteína CSF nível acima do valor normal e leucócitos <50 células mm³..... Sim Não Ign

41 Ocorreu Hospitalização
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

42 Data da Internação

43 UF

44 Município do Hospital

Código (IBGE)

45 Nome do Hospital

Código

Dados complementares e investigação (alta, óbito, período de internação)

.....
.....
.....
.....
.....
.....