

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	
	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:	
	3 Data da Notificação	
	4 UF	5 Município de Notificação
Notificação Individual	6 Data dos Primeiros Sintomas	
	7 Serviço de vigilância sentinela (hospital)	
	8 Nome do Paciente	
	9 Data de Nascimento	
Dados de Residência	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"/> 1-1º Trimestre <input type="checkbox"/> 2-2º Trimestre <input type="checkbox"/> 3-3º Trimestre <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	
Dados de Residência	14 Escolaridade <input type="checkbox"/> 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 10- Não se aplica	
	15 Número do Cartão SUS	
	16 Nome da mãe	
	17 UF	
Investigação	18 Município de Residência	
	19 Distrito	
	20 Bairro	
	21 Logradouro (rua, avenida,...)	
Antecedentes Epidemiológicos	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		
29 Data da Investigação		
30 Ocupação		
31 Viajou nos últimos 15 dias? <input type="checkbox"/> 1-Sim <input type="checkbox"/> 2-Não <input type="checkbox"/> 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)		
37 Vacinado (*Se sim, registrar última dose): <input type="checkbox"/> 1-Sim <input type="checkbox"/> 2-Não <input type="checkbox"/> 9-Ignorado		
<input type="checkbox"/> Influenza* Data: ___/___/___		
<input type="checkbox"/> Febre Amarela* Data: ___/___/___		
<input type="checkbox"/> Outra*: _____		
38 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: _____		
39 Manifestações sistêmicas: Data do início dos primeiros sintomas ___/___/___		
40 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: _____		

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

42 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
<input type="checkbox"/> Alteração do nível de consciência <input type="checkbox"/> Outros: _____				

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

44 Data da transfusão

45 UF: _____ **46** Município do Hospital onde realizou a transfusão **Código (IBGE)** _____ **47** Nome do Hospital onde realizou transfusão

48 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"/> Passado de câncer
<input type="checkbox"/> Exposição a mosquitos	<input type="checkbox"/> Exposição a carrapatos	<input type="checkbox"/> Casos semelhantes na família ou na vizinhança

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

50 Data do início do uso da imunoglobulina

51 Registrar o 1º Hemograma
 Hto _____% Hb _____g/dl Leucócitos _____mm³
 Neutrófilos _____% Linfócitos _____% Plaquetas _____mm³

52 Data do Hemograma

53 Punção lombar **54** Data da punção

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

56 Citobioquímica (Resultado LCR)
 Hemácias _____mm³ Leucócitos _____mm³ Neutrófilos _____% Glicose _____mg/dl Proteínas _____mg/dl

57 Amostras / resultados de exames para diagnóstico etiológico Nº GAL: _____

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		
[] Chikungunya	[] soro		[] IgM [] IgG		
	[] líquido		[] IgM [] IgG		
	[] outra		[] 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

58 Data da internação **59** Classificação final (arboviroses) 1-Provável 2-Confirmado
 3-Descartado 4-Indeterminado 9-Ignorado

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

61 Classificar nível de certeza de diagnóstico da manifestação neurológica (de acordo com o campo 2)
 1-Nível I 2-Nível II 3-Nível III

62 Data da alta hospitalar

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