

CASO SUSPEITO: Criança acima de nove meses e/ou adulto com febre, cefaléia, vômitos, rigidez de nuca, outros sinais de irritação meníngea (Kernig e Brudzinski), convulsão, sufusões hemorrágicas (petéquias) e torpor.
Crianças abaixo de nove meses observar também irritabilidade (choro persistente) ou abaulamento de fontanela.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação	2 - Individual		
	2 Agravado/doença	MENINGITE	1 - DOENÇA MENINGOCÓCICA <input type="checkbox"/>	Código (CID10) 3 Data da Notificação
			2 - OUTRAS MENINGITES <input type="checkbox"/>	G 0 3. 9
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)	
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código	7 Data dos Primeiros Sintomas	

Notificação Individual	8 Nome do Paciente			9 Data de Nascimento
	10 (ou) Idade	11 Sexo M - Masculino <input type="checkbox"/>	12 Gestante	13 Raça/Cor
	1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	F - Feminino I - Ignorado	1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9- Ignorado	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,...)	
	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 <input type="checkbox"/>	30 País (se residente fora do Brasil)

Dados Complementares do Caso

Antecedentes Epidemiológicos	31 Data da Investigação		32 Ocupação		
	33 Vacinação	Nº Doses	Data da Última Dose	Nº Doses	Data da Última Dose
	1 - Sim <input type="checkbox"/>	Polissacáridica A/C	<input type="checkbox"/>	Tríplice	<input type="checkbox"/>
	2 - Não <input type="checkbox"/>	Polissacáridica B/C	<input type="checkbox"/>	Hemófilo (Tetravalente ou Hib)	<input type="checkbox"/>
	9 - Ignorado <input type="checkbox"/>	Conjugada meningoc C	<input type="checkbox"/>	Pneumococo	<input type="checkbox"/>
		BCG	<input type="checkbox"/>	Outra	<input type="checkbox"/>
34 Doenças Pré-existentes 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado					
<input type="checkbox"/> AIDS/HIV + <input type="checkbox"/> Outras Doenças Imunodepressoras <input type="checkbox"/> IRA <input type="checkbox"/> Tuberculose					
<input type="checkbox"/> Traumatismo <input type="checkbox"/> Infecção Hospitalar <input type="checkbox"/> Outro _____					
35 Contato com Caso Suspeito ou Confirmado de Meningite (até 15 dias antes do início dos sintomas)					
1 - Domicílio 2 - Vizinança 3 - Trabalho 4 - Creche/Escola <input type="checkbox"/>					
5 - Posto de Saúde/Hospital 6 - Outro Estado/Município 7 - Sem História de Contato 8 - Outro país 9 - Ignorado					
36 Nome do Contato				37 (DDD) Telefone	
38 Endereço do contato (Rua, Av., Apto., Bairro, Localidade, etc)					39 Caso Secundário <input type="checkbox"/>
					1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado
Dados Clínicos	40 Sinais e Sintomas				
	<input type="checkbox"/> Cefaléia	<input type="checkbox"/> Vômitos	<input type="checkbox"/> Rigidez de Nuca	<input type="checkbox"/> Abaulamento de Fontanela	<input type="checkbox"/> Petequias/Sufusões Hemorrágicas
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado					<input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Convulsões <input type="checkbox"/> Kernig/Brudzinski <input type="checkbox"/> Coma <input type="checkbox"/> Outras _____

Atendimento	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 do Laboratório	46 Punção Lombar 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	47 Data da Punção	48 Aspecto do Líquor 1 - Límpido 2 - Purulento 3 - Hemorrágico 4 - Turvo 5 - Xantocrômico 6 - Outro 9 - Ignorado
----------------------	--	-------------------	--

Dados do Laboratório	49 Resultados Laboratoriais		
	Cultura	CIE	PCR
	Líquor Lesão Petequial Sangue/Soro Escarro	Líquor Sangue/Soro	Líquor Lesão Petequial Sangue/Soro Escarro
	Bacterioscopia	Aglutinação pelo Látex	
Líquor Lesão Petequial Sangue/Soro Escarro	Líquor Sangue/Soro		
	Isolamento Viral		
	Líquor Fezes		

Classificação do Caso/ Etiologia	50 Classificação do Caso 1 - Confirmado 2 - Descartado	51 Se Confirmado, Especifique 1 - Meningococemia 2 - Meningite Meningocócica 3 - Meningite Meningocócica com Meningococemia 4 - Meningite Tuberculosa 5 - Meningite por outras bactérias	6 - Meningite não especificada 7 - Meningite Asséptica 8 - Meningite de outra etiologia 9 - Meningite por Hemófilo 10 - Meningite por Pneumococos
	52 Critério de Confirmação 1 - Cultura 2 - CIE 3 - Ag. Látex	4 - Clínico 5 - Bacterioscopia 6 - Quimiocitológico do líquido	7 - Clínico-epidemiológico 8 - Isolamento viral 9 - PCR 10 - Outros
	53 Se <i>N. meningitidis</i> especificar sorogrupo		

Medidas de Controle	54 Número de Comunicantes	55 Realizada Quimioprofilaxia dos Comunicantes? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	56 Se sim, Data	57 Doença Relacionada ao Trabalho 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado
---------------------	---------------------------	---	-----------------	---

Conclusão	58 Evolução do Caso 1 - Alta 2 - Óbito por meningite 3 - Óbito por outra causa 9 - Ignorado	59 Data da Evolução	60 Data do Encerramento
-----------	--	---------------------	-------------------------

Informações complementares e observações

Exame Quimiocitológico					
Hemácias	mm ³	Leucócitos	mm ³	Monócitos	%
Neutrófilos	%	Eosinófilos	%	Linfócitos	%
Glicose	mg	Proteínas	mg	Cloreto	mg

Observações Adicionais	

Investigador	Município/Unidade de Saúde	Cód. da Unid. de Saúde	
	Nome	Função	Assinatura
	Meningite Sinan NET SVS 15/10/2007		