

**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		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		CNES		
	6 Data dos Primeiros Sintomas		7 Serviço de vigilância sentinela (hospital)			
Notificação Individual	8 Nome do Paciente			9 Data de Nascimento		
	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 M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> I - Ignorado		12 Gestante 1-1ºTrimestre 2-2ºTrimestre 3-3ºTrimestre 4 - Idade gestacional Ignorada 5-Não 6 - Não se aplica 9-Ignorado	
	13 Raça/Cor <input type="checkbox"/> 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado		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			
Dados de Residência	17 UF		18 Município de Residência		19 Distrito	
	20 Bairro		21 Logradouro (rua, avenida,...)		22 Número	
	23 CEP		24 Complemento (apto., casa, ...)		25 Geo campo 1	
	26 (DDD) Telefone		27 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		28 País (se residente fora do Brasil)	
<b>Dados da investigação epidemiológica / clínicos e laboratoriais</b>						
Investigação	29 Data da Investigação		30 Ocupação			
	31 Viajou nos últimos 15 dias? 1-Sim 2-Não 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)	
					Código (IBGE)	
Antecedentes Epidemiológicos	37 Vacinado (*Se sim, registrar última dose): 1-Sim 2-Não 9-Ignorado					
	<input type="checkbox"/> Influenza* Data: ___/___/___		<input type="checkbox"/> Outra*: _____			
	<input type="checkbox"/> Febre Amarela* Data: ___/___/___		Data: ___/___/___			
	38 Teve diagnóstico laboratorial nos últimos 60 dias? 1-Sim 2-Não 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: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado						
<input type="checkbox"/> Tosse		<input type="checkbox"/> Vômito		<input type="checkbox"/> Artralgia		
<input type="checkbox"/> Coriza		<input type="checkbox"/> Náusea		<input type="checkbox"/> Dor retroorbital		
<input type="checkbox"/> Dor abdominal		<input type="checkbox"/> Diarréia		<input type="checkbox"/> Prurido		
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Febre		
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Calafrios		
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Linfadenopatia		
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Prostração		
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<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 \_\_\_\_\_mm<sup>3</sup>  
 Neutrófilos \_\_\_\_\_%      Linfócitos \_\_\_\_\_%      Plaquetas \_\_\_\_\_mm<sup>3</sup>

**52** Data do Hemograma  
 \_\_\_\_\_

**53** Punção lombar     

1-Sim   2-Não   9-Ignorado

**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 \_\_\_\_\_mm<sup>3</sup>    Leucócitos \_\_\_\_\_mm<sup>3</sup>    Neutrófilos \_\_\_\_\_%    Glicose \_\_\_\_\_mg/dl    Proteínas \_\_\_\_\_mg/dl

**57** Amostras / resultados de exames para diagnóstico etiológico                      Nº GAL: \_\_\_\_\_

Exames laboratoriais:					
Agente <sup>A</sup>	Amostras <sup>A</sup>	Data da coleta	Sorologia <sup>B</sup>	PCR <sup>C</sup>	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