

SINAN

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
VIGILÂNCIA SENTINELA DE DOENÇAS NEUROINVASIVAS POR ARBOVÍRUS

Nº

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 espinal (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 espinal, 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 <input type="checkbox"/>		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)		
	6 Data dos Primeiros Sintomas	7 Serviço de vigilância sentinela (hospital)	CNES		
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 <input type="checkbox"/>	11 Sexo M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> I - Ignorado <input type="checkbox"/>	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 <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 <input type="checkbox"/>	
	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-E 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		16 Nome da mãe		
	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,...)	Código	
	22 Número		25 Geo campo 1		
	23 CEP	24 Complemento (apto., casa, ...)	26 (DDD) Telefone		
Investigação	Dados da investigação epidemiológica / clínicos e laboratoriais				
	29 Data da Investigação		30 Ocupação		
	31 Viagrou nos últimos 15 dias? <input type="checkbox"/> 1-Sim <input type="checkbox"/> 2-Não <input type="checkbox"/> 9-Ignorado <input type="checkbox"/>		32 Caso afirmativo, data de ida		
	33 Caso afirmativo, data de volta		34 País destino da viagem		
Antecedentes Epidemiológicos	35 UF (se Brasil)		36 Município (se Brasil)		
	37 Vacinado contra: <input type="checkbox"/> Influenza <input type="checkbox"/> Febre Amarela		38 Caso afirmativo, data		
	39 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"/>		38 Caso afirmativo, data		
	40 Manifestações sistêmicas: Data do início dos primeiros sintomas ____/____/____		38 Caso afirmativo, data		
41 Sinais e sintomas: <input type="checkbox"/> 1-Sim <input type="checkbox"/> 2-Não <input type="checkbox"/> 9-Ignorado <input type="checkbox"/>		38 Caso afirmativo, data			
<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: _____		38 Caso afirmativo, data			

Antecedentes Epidemiológicos

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

43 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

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

<input type="checkbox"/> Exposição a mata fechada	<input type="checkbox"/> Exposição a equídeos	<input type="checkbox"/> Imunização nos últimos 60 dias*
<input type="checkbox"/> Exposição a mosquitos	<input type="checkbox"/> Passado de câncer	* Data: ____/____/____
<input type="checkbox"/> Exposição a carrapatos	<input type="checkbox"/> 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 ____mm³

Neutrófilos ____% Linfócitos ____% Plaquetas ____mm³

53 Data do Hemograma ____/____/____

54 Punção lombar

55 Data da punção ____/____/____

56 Aspecto do líquor

1-Sim 2-Não 9-Ignorado

1-Limpido 2-Purulento 3-Hemorrágico
4-Turvo 5-Xantocrômico 6-Outro 9-Ignorado

57 Citioquímica (Resultado LCR)

Hemácias ____mm³ Leucócitos ____mm³ Neutrófilos ____% Glicose ____mg/dl Proteínas ____mg/dl

58 Amostras / resultados de exames para diagnóstico etiológico

Exames laboratoriais:						
Agente ^a	Amostras ^a	Data da coleta	Sorologia ^b	PCR ^c	Outra técnica ^a	
[] Zika	[] soro		[] IgM [] IgG			A - [1] Realizado
	[] líquor		[] IgM [] IgG			[2] Não realizado
	[] outra		[] IgM [] IgG			[9] Ignorado
[] Dengue	[] urina		[] IgM [] IgG			B - [1] Reagente
	[] soro		[] IgM [] IgG			[2] Não reagente
	[] líquor		[] IgM [] IgG			[3] Inconclusivo
[] Chikungunya	[] outra		[] IgM [] IgG			[9] Ignorado
	[] soro		[] IgM [] IgG			C - [1] Detectável
	[] líquor		[] IgM [] IgG			[2] Não detectável
[] Outros - especificar:	[] outra		[] IgM [] IgG			[3] Inconclusivo
	[] soro		[] IgM [] IgG			[9] Ignorado
	[] líquor		[] IgM [] IgG			*Nome da técnica e resultado

Conclusão

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 flavivirus 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 ____/____/____

Investigador

Observações Adicionais

Responsável pela investigação Função Telefone

Manifestações neurológicas / Arboviroses Sinan Online SVS 11/09/2017