

Caso agudo de encefalite, meningite asséptica, meningoencefalite, mielite, encefalomielite ou polirradiculoneurite sem causa definida e requerendo hospitalização.

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 Guillian-Barré [G61.0] 5-Outras: _____		Código (IBGE)		
	4 UF	5 Município de Notificação	6 Data da hospitalização		
Notificação individual	6 Serviço de vigilância sentinela (hospital)		CNES		
	7 Nome do paciente		8 Data de Nascimento		
	9 Idade <input type="checkbox"/> 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	10 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	11 Gestante 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4 - Idade gestacional Ignorada 5 - Não 6 - Não se aplica 9 - Ignorado	12 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9 - Ignorado	
	13 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				
14 Número do Cartão SUS		15 Nome da mãe			
Dados da residência	16 UF	17 Município de Residência	Código (IBGE)	18 Distrito	
	19 Bairro		20 Logradouro (rua, avenida,...)	Código	
	21 Número		22 CEP		
	23 Complemento (apto., casa, ...)		24 Geo campo 1		
Investigação	25 (DDD) Telefone				
	26 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		27 País (se residente fora do Brasil)		
Antecedentes epidemiológicos	Dados da investigação epidemiológica / clínicos e laboratoriais				
	28 Data da investigação		29 Ocupação		
	30 Data de início dos sintomas		31 Viajou nos últimos 15 dias? 1-Sim 2-Não 9-Ignorado		
	32 Caso afirmativo, especifique o destino		33 Vacinado contra febre amarela (a qualquer tempo)? 1-Sim 2-Não 9-Ignorado		
Conclusão	34 Esteve em locais onde houve morte de aves ou equinos? 1-Sim 2-Não 9-Ignorado		35 Houve casos semelhantes na família ou vizinhança? 1-Sim 2-Não 9-Ignorado		
	36 Houve infecção precedente (dentre dos últimos 60 dias) com sintomas sugestivos de: <input type="checkbox"/> Gripe / resfriado <input type="checkbox"/> Dengue, Zika ou chikungunya 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Outras doenças: _____		37 Caso afirmativo, especifique a data do início do adoecimento prévio:		
	38 Há imunodepressão conhecida ou presumida? 1-Sim 2-Não 9-Ignorado		39 Houve vacinação recente? (há < 60 dias) 1-Sim 2-Não 9-Ignorado		
	40 Caso afirmativo, especifique tipo(s), dose(s), lote (s) e fabricante (s)		41 Houve administração de imunoglobulina humana hiperimune ou realização de plasmaférese? 1-Sim 2-Não 3-Não se aplica		
Investigador	42 Data de início da infusão		43 Exames e procedimentos realizados (anexar resultados) 1-Sim 2-Não 9-Ignorado		
	44 Desfecho intra-hospitalar 1- Cura 2-Melhora parcial 3 - Óbito 4 - Ignorado		45 Diagnóstico de alta / óbito		
	46 Data da alta ou óbito		47 Data do encerramento		
48 Diagnóstico etiológico 1-Dengue 2-Zika 3-Chikungunya 4-Flavivírus indeterminado 5-Outro: _____		49 Classificação do caso 1-Confirmado 2-Descartado 3-Provável 4-Inconclusivo		50 Critério de classificação 1-Clinico 2-IgM soro 3-IgM LCR 4-RT-qPCR soro 5-RT-qPCR LCR; 6-RT-qPCR urina 7-Isolamento viral soro 8-Isolamento viral LCR 9-PRNT soro 10-PRNT LCR 11-Imuno-histoquímica 12-Outro	
Responsável pela investigação		Função		Telefone	