



# FICHA DE NOTIFICAÇÃO/INVESTIGAÇÃO - MENINGITE

**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.  
CRIANÇA ABAIXO DE NOVE MESES OBSERVAR TAMBÉM IRRITABILIDADE (CHORO PERSISTENTE) OU ABAULAMENTO DE FONTANELA.

DADOS GERAIS	1- TIPO DE NOTIFICAÇÃO 2 - INDIVIDUAL		
	2- AGRAVO / DOENÇA <b>MENINGITE</b> <input type="checkbox"/> 1- DOENÇA MENINGOCÓCICA <input type="checkbox"/> 2- OUTRAS MENINGITES		3- DATA DA NOTIFICAÇÃO
	4- UF	5- MUNICÍPIO DE NOTIFICAÇÃO <b>PORTO ALEGRE</b>	CÓDIGO (IBGE)
	6- UNIDADE DE SAÚDE (OU OUTRA FONTE NOTIFICADORA)		7- DATA DOS PRIMEIROS SINTOMAS

NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL	8- NOME DO PACIENTE			9- DATA DE NASCIMENTO			
	10- (OU) IDADE	11- SEXO	12- GESTANTE	13- RAÇA/COR			
	1- HORA 2- DIA 3- MÊS 4- ANO	M - MASCULINO F - FEMININO I - IGNORADO	1-1º TRIMESTRE 4-IDADE GESTACIONAL IGNORADA 5-NÃO 6-NÃO SE APLICA 9-IGNORADO	2-2º TRIMESTRE 3-3º TRIMESTRE	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 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	CÓDIGO (IBGE)	19- DISTRITO		
	20- BAIRRO		21- LOGRADOURO (RUA, AVENIDA,...)			
	CÓDIGO DO LOGRADOURO (ITEM 21)		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	30- PAÍS (SE RESIDENTE FORA DO BRASIL)		

## DADOS COMPLEMENTARES DO CASO

ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS	31- DATA DA INVESTIGAÇÃO		32- OCUPAÇÃO			
	33- VACINAÇÃO					
	1- SIM 2- NÃO 9- IGNORADO					
	Nº DE DOSES		DATA DA ÚLTIMA DOSE		Nº DE DOSES	
	DATA DA ÚLTIMA DOSE					
	<input type="checkbox"/> POLISSACARÍDICA A/C	<input type="checkbox"/> TRÍPLICE				
<input type="checkbox"/> POLISSACARÍDICA B/C	<input type="checkbox"/> HEMÓFILO (TETRAVALENTE OU HIB)					
<input type="checkbox"/> CONJUGADA MENINGO C	<input type="checkbox"/> PNEUMOCOCO					
<input type="checkbox"/> BCG	<input type="checkbox"/> OUTRA					
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- VIZINHANÇA 3- TRABALHO 4- CRECHE/ESCOLA 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., AP., BAIRRO, LOCALIDADE, ETC)				39- CASO SECUNDÁRIO		
				1- SIM 2- NÃO 9- IGNORADO		

DADOS CLÍNICOS	40- SINAIS E SINTOMAS					
	1- SIM	<input type="checkbox"/> CEFALÉIA	<input type="checkbox"/> VÔMITOS	<input type="checkbox"/> RIGIDEZ NA NUCA	<input type="checkbox"/> ABAULAMENTO DE FONTANELA	<input type="checkbox"/> PETEQUIAS/SUFUSÕES HEMORRÁGICAS
	2- NÃO	<input type="checkbox"/> FEBRE	<input type="checkbox"/> CONVULSÕES	<input type="checkbox"/> KERNIG/BRUDZINSKI	<input type="checkbox"/> COMA	<input type="checkbox"/> OUTRAS
9- IGNORADO						