



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 MENINGITE <input type="checkbox"/> 1- DOENÇA MENINGOCÓCICA <input type="checkbox"/> 2- OUTRAS MENINGITES		3- DATA DA NOTIFICAÇÃO
	4- UF	5- MUNICÍPIO DE NOTIFICAÇÃO PORTO ALEGRE	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 1- HORA 2- DIA 3- MÊS 4- ANO	11- SEXO M - MASCULINO F - FEMININO I - IGNORADO	12- GESTANTE <input type="checkbox"/>	13- RAÇA/COR 1- BRANCA 2- PRETA 3- AMARELA 4- PARDAS 5- INDÍGENA 9- IGNORADO	1-1º TRIMESTRE 2-2º TRIMESTRE 3-3º TRIMESTRE 4-IDADE GESTACIONAL IGNORADA 5-NÃO 6-NÃO SE APLICA 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 <input type="checkbox"/> 1- URBANA 2- RURAL <input type="checkbox"/> 3- PERIURBANA 9- IGNORADO	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	
	<input type="checkbox"/> POLISSACARÍDICA A/C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> TRÍPLICE	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> POLISSACARÍDICA B/C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> HEMÓFILO (TETRAVALENTE OU HIB)	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> CONJUGADA MENINGO C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> PNEUMOCOCO	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> BCG	<input type="checkbox"/>	<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- VIZINHANÇA	3- TRABALHO	4- CRECHE/ESCOLA	5- POSTO DE SAÚDE/HOSPITAL
6- OUTRO ESTADO/MUNICÍPIO				<input type="checkbox"/>
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					