

VIGILÂNCIA SENTINELA DE MANIFESTAÇÕES NEUROLÓGICAS RELACIONADAS A INFECÇÃO VIRAL

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.

* A presença de deficiência motora aguda em < 15 anos implica na notificação também de PFA.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação		2 - Individual	
	2 Agravado/doença		3 Data da Notificação	
	4 UF		5 Município de Notificação	
	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	
	14 Escolaridade		15 Número do Cartão SUS	

Dados de Residência	17 UF		18 Município de Residência		19 Distrito	
	20 Bairro		21 Logradouro (rua, avenida,...)		22 CEP	
	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)	
	29 Zona		30 País (se residente fora do Brasil)			

Dados Complementares do Caso

Antecedentes Epidemiológicos	31 Data da Investigação		32 Ocupação	
	33 Viajou nos últimos 15 dias?		34 Caso Afirmativo, Data de ida	
	35 Caso Afirmativo, Data de retorno		36 UF	
	37 País		38 Município	
	39 Vacinado contra febre amarela:		39 Caso Afirmativo, Data	
	40 Teve infecção prévia por:		40 Caso Afirmativo, Data	
	41 Realizou transfusão sanguínea nos últimos 15 dias		42 Data da transfusão	

Antecedentes Epidemiológicos

46 Aleitamento materno 1-Sim 2-Não 9-Ignorado 47 Esteve em áreas onde tiveram cavalos e/ou aves mortas ou doentes nos últimos 15 dias? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

48 Ocorreu Hospitalização 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado 49 Data da Internação 50 UF 51 Município do Hospital

52 Nome do Hospital

53 Histórico de exposição / antecedentes patológicos 1-Sim 2-Não 3-Ignorado. Includes checkboxes for: Exposição a mata fechada, produtos químicos/industriais, mosquitos, água contaminada, carrapatos, leite cru, equídeos, animais, suínos, câncer, morcegos, profissional de saúde, cavernas, casos semelhantes na família, pesticidas, ferimento cutâneo, mordedura por animal, imunização, sintomas gripais, vômitos/diarreia, sintomas de "virose".

Manifestações Clínicas

54 Sinais e Sintomas 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado. Includes checkboxes for: Convulsões, Diarréia, Mialgia, Febre, Prostração, Rigidez de nuca, Vômito, Artralgia, Linfadenopatia, Outras, Confusão mental, Náusea, Cefaléia, Fraqueza muscular, Coma, Dor abdominal, Exantema, Paralisia.

Exames Complementares

55 Hemograma: Hto __%, Hb __g/dl, Leucócitos __mm³, Neutrófilos __%, Linfócitos __%, Plaquetas __mm³

56 Punção Lombar 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado 57 Data da Punção 58 Aspecto do Líquor 1 - Limpido 2 - Purulento 3 - Hemorrágico 4 - Turvo 5 - Xantocrômico 6 - Outro 9 - Ignorado

59 Citobioquímica: Hemáceas __mm³, Leucócitos __mm³, Neutrófilos __%, Glicose __mg/dl, Proteínas __mg/dl

60 Exames de imagem e eletrofisiológicos: (se realizados). Tomografia de crânio, Encefalograma, Ressonância magnética do crânio, Ressonância magnética de coluna, Eletroneuromiografia.

61 Amostras / resultados de exames para diagnóstico etiológico: (se colhidos / realizados). Sangue total de fase aguda, Soro 1 (fase aguda), Soro 2 (fase de convalescença), LCR, Fezes, Secreção respiratória, Outros (as).

Conclusão

62 Classificação final: 1-Confirmado 2-Descartado 9-Ignorado 63 Se confirmado: 1-Nível I 2-Nível II 3-Nível III 64 Diagnóstico: 1-Alternativo: 2-Etiológico:

65 Evolução: 1-Cura 2-Sequelas 3 - Óbito relacionado a infecção viral 4-Óbito por outras causas 9-Ignorado

66 Data óbito: 67 Data encerramento:

Observações/História Clínica

Investigador

68 Município/Unidade de Saúde 69 Código da Unid. de Saúde

70 Nome 71 Função 72 Assinatura