

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.
Crianças abaixo de nove meses observar também irritabilidade (choro persistente) ou abaulamento de fontanela.

Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual	
	2	Agravado/doença		1 - DOENÇA MENINGOCÓCICA <input type="checkbox"/>	Código (CID10) 3
	MENINGITE		2 - OUTRAS MENINGITES <input type="checkbox"/>	G 0 3. 9	
Notificação Individual	4	UF	5	Município de Notificação	
					Código (IBGE)
	6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	7
Dados de Residência	8				9
	Nome do Paciente				Data de Nascimento
	10	(ou) Idade	11	Sexo M - Masculino <input type="checkbox"/>	12
			F - Feminino <input type="checkbox"/>		Gestante <input type="checkbox"/>
			I - Ignorado <input type="checkbox"/>		1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre <input type="checkbox"/>
				4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica <input type="checkbox"/>	
				9- Ignorado <input type="checkbox"/>	
				13	
				Raça/Cor <input type="checkbox"/>	
				1-Branca 2-Preta 3-Amarela <input type="checkbox"/>	
				4-Parda 5-Indígena 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) <input type="checkbox"/>	
				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) <input type="checkbox"/>	
				6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica <input type="checkbox"/>	
				15	
				Número do Cartão SUS	
				16	
				Nome da mãe	
Dados de Residência	17	18	Município de Residência		Código (IBGE)
					19
					Distrito
	20	Bairro		21	Logradouro (rua, avenida,...)
					Código
	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 <input type="checkbox"/>	
				30	
				País (se residente fora do Brasil)	

Dados Complementares do Caso

Antecedentes Epidemiológicos	31	Data da Investigação		32	Ocupação		
	33	Vacinação		Nº Doses	Data da Última Dose	Nº Doses	
Dados Clínicos							

Atendimento	41 Ocorreu Hospitalização <input type="checkbox"/>	42 Data da Internação	43 UF	44 Município do Hospital	Código (IBGE)
	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado				
45 Nome do Hospital					Código

46 Punção Lombar <input type="checkbox"/>	47 Data da Punção	48 Aspecto do Líquor
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		1 - Límpido 2 - Purulento 3 - Hemorrágico <input type="checkbox"/>
4 - Turvo 5 - Xantocrômico 6 - Outro 9 - Ignorado		

Dados do Laboratório	49 Resultados Laboratoriais		
	Cultura	CIE	PCR
	Líquor	Líquor	Líquor
	Lesão Petequial	Sangue/Soro	Lesão Petequial
	Sangue/Soro	Aglutinação pelo Látex	
	Escarro	Líquor	Sangue/Soro
Bacterioscopia	Isolamento Viral		
Líquor	Líquor	Fezes	
Lesão Petequial			
Sangue/Soro			
Escarro			

Classificação do Caso / Etiologia	50 Classificação do Caso <input type="checkbox"/>	51 Se Confirmado, Especifique
	1 - Confirmado 2 - Descartado	1 - Meningococemia 2 - Meningite Meningocócica 3 - Meningite Meningocócica com Meningococemia 4 - Meningite Tuberculosa 5 - Meningite por outras bactérias 6 - Meningite não especificada 7 - Meningite Asséptica 8 - Meningite de outra etiologia 9 - Meningite por Hemófilo 10 - Meningite por Pneumococos

52 Critério de Confirmação	53 Se <i>N. meningitidis</i> especificar sorogrupo
1 - Cultura 2 - CIE 3 - Ag. Látex 4 - Clínico 5 - Bacterioscopia 6 - Quimiocitológico do líquido 7 - Clínico-epidemiológico 8 - Isolamento viral 9 - PCR 10 - Outros	

54 Número de Comunicantes	55 Realizada Quimioprofilaxia dos Comunicantes? <input type="checkbox"/>	56 Se sim, Data	57 Doença Relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/>
	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

58 Evolução do Caso <input type="checkbox"/>	59 Data da Evolução	60 Data do Encerramento
1 - Alta 3 - Óbito por outra causa 2 - Óbito por meningite 9 - Ignorado		

Informações complementares e observações

Exame Quimiocitológico		
Hemácias	<input type="text"/> mm ³	Leucócitos <input type="text"/> mm ³
Neutrófilos	<input type="text"/> %	Eosinófilos <input type="text"/> %
Glicose	<input type="text"/> mg	Proteínas <input type="text"/> mg
		Monócitos <input type="text"/> %
		Linfócitos <input type="text"/> %
		Cloreto <input type="text"/> mg

Observações Adicionais

Investigador	Município/Unidade de Saúde	Cód. da Unid. de Saúde
	Nome	Função
	Assinatura	