

**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 liquórica, alterações radiológicas sugestivas de encefalite, alterações eletroencefalográficas consistentes com encefalite e não atributíveis a outra causa

**MIELITE TRANSVERSA VIRAL AGUDA\***: paciente com déficit motor, sensorial ou autônomo agudo atribuível à medula espinhal (incluindo-se fraqueza com padrão de neurônio motor superior e/ou inferior, nível sensitivo, comprometimento esfíncteriano ou disfunção erétil) acompanhado por pelo menos dois dos seguintes critérios: febre, pleocitose liquórica, exame de imagem evidenciando inflamação ou desmielinização da medula espinhal, 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.

**OUTRAS**: neurite óptica, miosite, meningoencefalite ou síndrome de nervos cranianos.

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

<b>Dados Gerais</b>	<b>1</b> Tipo de Notificação	<input type="checkbox"/> 1 - Negativa	<input type="checkbox"/> 2 - Individual	<b>3</b> Data da Notificação	Código (IBGE)					
	<b>2</b> Agravo/doença	1-Encefalite viral aguda [A86] - 2-Mielite transversa viral aguda [G05.1] 3-Encefalomielite disseminada aguda [G05.8] - 4-Síndrome de Guillain-Barré [G61.0] 5-Outras:								
<b>Notificação Individual</b>	<b>4</b> UF	<b>5</b> Município de Notificação	<b>6</b> Data dos Primeiros Sintomas	<b>7</b> Serviço de vigilância sentinelha (hospital)	CNES					
<b>Dados de Residência</b>	<b>8</b> Nome do Paciente				<b>9</b> Data de Nascimento					
	<b>10</b> (ou) Idade	1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	<b>11</b> Sexo	M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	<b>12</b> Gestante	1-1ºTrimestre 2-2ºTrimestre 4-Idade gestacional ignorada 6- Não se aplica 9-Ignorado	3-3ºTrimestre 5-Não	<b>13</b> Raça/Cor	1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9-Ignorado	
<b>Investigação</b>	<b>14</b> 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-Esino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Esino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Esino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica								
	<b>15</b> Número do Cartão SUS				<b>16</b> Nome da mãe					
<b>Antecedentes Epidemiológicos</b>	<b>17</b> UF	<b>18</b> Município de Residência	Código (IBGE)			<b>19</b> Distrito				
	<b>20</b> Bairro	<b>21</b> Logradouro (rua, avenida,...)	Código			<b>22</b> Número				
<b>Dados da investigação epidemiológica / clínicos e laboratoriais</b>	<b>23</b> CEP	<b>24</b> Complemento (apto., casa, ...)				<b>25</b> Geo campo 1				
	<b>26</b> (DDD) Telefone	<b>27</b> Zona	1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana	9 - Ignorado	<b>28</b> País (se residente fora do Brasil)					
<b>Dados da investigação epidemiológica / clínicos e laboratoriais</b>										
<b>Investigação</b>	<b>29</b> Data da Investigação	<b>30</b> Ocupação								
	<b>31</b> Viajou nos últimos 15 dias?	1-Sim 2-Não 9-Ignorado	<b>32</b> Caso afirmativo, data de ida				<b>33</b> Caso afirmativo, data de volta			
<b>Antecedentes Epidemiológicos</b>	<b>34</b> País destino da viagem	<b>35</b> UF (se Brasil)	<b>36</b> Município (se Brasil)	Código (IBGE)						
	<b>37</b> Vacinado (*Se sim, registrar última dose):	1-Sim 2-Não 9-Ignorado								
<b>Dados da investigação epidemiológica / clínicos e laboratoriais</b>	<b>38</b> Teve diagnóstico laboratorial nos últimos 60 dias?	1-Sim 2-Não 9-Ignorado								
	<b>39</b> Manifestações sistêmicas: Data do início dos primeiros sintomas _____/_____/_____									
<b>Antecedentes Epidemiológicos</b>	<b>40</b> Sinais e sintomas:	1-Sim 2-Não 9-Ignorado								
	<b>Tosse</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Vômito</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Artralgia</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Dor retroorbital</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Prurido</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Coriza</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Náusea</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Mialgia</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Cefaléia</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Calafrios</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Linfadenopatia</b>
<b>Dor abdominal</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Diarréia</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Exantema</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Hiperemia conjuntival</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Prostraçao</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Outras:</b> _____

<b>41</b> Manifestações neurológicas: Data do início dos primeiros sintomas _____/_____/_____					
<b>42</b> Sinais e sintomas      1-Sim    2-Não    9-Ignorado					
<input type="checkbox"/> Sonolência	<input type="checkbox"/> Ataxia	<input type="checkbox"/> Disfonia	<input type="checkbox"/> Fraqueza em membros inferiores		
<input type="checkbox"/> Confusão mental	<input type="checkbox"/> Visão dupla	<input type="checkbox"/> Tremores	<input type="checkbox"/> Hipotonia		
<input type="checkbox"/> Coma	<input type="checkbox"/> Fraqueza facial	<input type="checkbox"/> Fraqueza cervical	<input type="checkbox"/> Arreflexia		
<input type="checkbox"/> Crise epiléptica	<input type="checkbox"/> Disfagia	<input type="checkbox"/> Fraqueza em membros superiores	<input type="checkbox"/> Parestesia		
<input type="checkbox"/> Alteração do nível de consciência	<input type="checkbox"/> Outros: _____				
<b>43</b> Realizou transfusão sanguínea nos últimos 15 dias?      1-Sim    2-Não    9-Ignorado					
<b>44</b> Data da transfusão					
<b>45</b> UF	<b>46</b> Município do Hospital onde realizou a transfusão	Código (IBGE)	<b>47</b> Nome do Hospital onde realizou transfusão		
<b>48</b> Histórico de exposição / antecedentes patológicos      1-Sim    2-Não    9-Ignorado					
<input type="checkbox"/> Exposição a mata fechada	<input type="checkbox"/> Exposição a equídeos	<input type="checkbox"/> Passado de câncer			
<input type="checkbox"/> Exposição a mosquitos	<input type="checkbox"/> Exposição a carapatos	<input type="checkbox"/> Casos semelhantes na família ou na vizinhança			
<b>49</b> Fez uso de imunoglobulina?      1-Sim    2-Não    3-Não se aplica					
<b>50</b> Data do início do uso da imunoglobulina					
<b>51</b> Registrar o 1º Hemograma Hto _____ %    Hb _____ g/dl    Leucócitos _____ mm <sup>3</sup> Neutrófilos _____ %    Linfócitos _____ %    Plaquetas _____ mm <sup>3</sup>					
<b>52</b> Data do Hemograma					
<b>53</b> Punção lombar      1-Sim    2-Não    9-Ignorado					
<b>54</b> Data da punção	<b>55</b> Aspecto do líquor 1-Límpido    2-Purulento    3-Hemorrágico 4-Turvo    5-Xantocrônico    6-Outro    9-Ignorado				
<b>56</b> Citobioquímica (Resultado LCR) Hemácias _____ mm <sup>3</sup> Leucócitos _____ mm <sup>3</sup> Neutrófilos _____ %    Glicose _____ mg/dl    Proteínas _____ mg/dl					
<b>57</b> Amostras / resultados de exames para diagnóstico etiológico      Nº GAL: _____					
<b>Exames laboratoriais:</b>					
Agente <sup>A</sup>	Amostras <sup>A</sup>	Data da coleta	Sorologia <sup>B</sup>	PCR <sup>C</sup>	Outra técnica*
[ ] Zika	[ ] soro		[ ] IgM [ ] IgG		
	[ ] líquor		[ ] IgM [ ] IgG		
	[ ] outra		[ ] IgM [ ] IgG		
	[ ] urina		[ ] IgM [ ] IgG		
[ ] Dengue	[ ] soro		[ ] IgM [ ] IgG		
	[ ] líquor		[ ] IgM [ ] IgG		
	[ ] outra		[ ] IgM [ ] IgG		
	[ ] urina		[ ] IgM [ ] IgG		
[ ] Chikungunya	[ ] soro		[ ] IgM [ ] IgG		
	[ ] líquor		[ ] IgM [ ] IgG		
	[ ] outra		[ ] IgM [ ] IgG		
	[ ] urina		[ ] IgM [ ] IgG		
[ ] Outros - especificar:	[ ] soro		[ ] IgM [ ] IgG		
	[ ] líquor		[ ] IgM [ ] IgG		
	[ ] outra		[ ] IgM [ ] IgG		
	[ ] urina		[ ] IgM [ ] IgG		
<b>58</b> Data da internação				<b>59</b> Classificação final (arboviroses)	1-Provável    2-Confirmado 3-Descartado    4-Indeterminado    9-Ignorado
<b>60</b> Diagnóstico etiológico 1-Dengue    2-Zika 3-Chikungunya    4-Infecção por flavivírus 5-Outros: _____				<b>61</b> Classificar nível de certeza de diagnóstico da manifestação neurológica (de acordo com o campo 2) 1-Nível I    2-Nível II    3-Nível III	<b>62</b> Data da alta hospitalar
<b>63</b> Avaliação do grau de incapacidade de acordo com a escala Hughes, no momento da alta 0-Recuperação completa, sem sequelas 1-Sinais e sintomas menores de neuropatia, mas capaz de correr 2-Capaz de caminhar 10 metros sem apoio, mas incapaz de correr 3-Capaz de caminhar 10 metros com apoio, bengala ou andador 4-Confinado a cama ou cadeira de rodas (incapaz de caminhar 10 metros com apoio) 5-Necessita de ventilação assistida 6-Óbito				<b>64</b> Data do óbito	
<b>Observações Adicionais</b>				<b>65</b> Data do encerramento	
Responsável pela investigação		Função	Telefone		
Manifestações neurológicas / Arboviroses					