



FICHA DE INVESTIGAÇÃO

Caso Suspeito: Paciente com história de doença febril aguda sistêmica que pode incluir cefaleia, artralgias, exantema, sintomas gastrointestinais, poliartralgia, mialgia e após a remissão dos sintomas apresenta quadro sugestivo de Síndrome de Guillain-Barré ou outra manifestação neurológica*.
 * Encefalite, meningoencefalite, mielite, paralisias flácidas agudas, ADEM (encefalomielite disseminada aguda).

Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2- Individual												
	2	Agravado/Doença			Código (CID 10)	3	Data da Notificação									
	Síndrome de Guillain-Barré e/ou outra manifestação neurológica associada com arbovirus.			G 61.0												
	4	UF	5	Município de Residência		Código IBGE										
6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)			Código	7	Data dos Primeiros Sintomas										
Notificação Individual	8	Nome do Paciente				9	Data de nascimento									
	10	Idade		11	Sexo		12	Gestante		13	Raça / Cor					
	1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano		M - Masculino F - Feminino - Ignorado		1 - 1º Trimestre 2 - 2º Trimestre 3 - 3º Trimestre 4 - Idade Gestacional Ignorada 5 - Não 6 - Não se aplica 9 - Ignorado		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		19	Código (IBGE)		20	Distrito						
	21	Bairro			22	Logradouro (Rua, Avenida, ...)			Código							
	23	Número		24			Complemento (apto, casa, ...)		25			Geo campo 1				
	26	Geo campo 2		27			Ponto de Referência		28			CEP				
	29	(DDD) Telefone			30	Zona		31	País (se residente fora do Brasil)							
	1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado															
Antecedentes Epidemiológicos	32	Data da Investigação		33	Ocupação		34	Data do 1º atendimento								
	35	Nº total de atendimentos até a suspeição clínica					36	Data da suspeição clínica								
	37	Ocorreu Hospitalização			1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		38	Data da Internação		39			Data da alta hospitalar			
	40	UF	41	Município do Hospital		Código (IBGE)		42		Nome do Hospital		Código				
	43												Deslocamentos (datas e locais frequentados no período de 30 dias anteriores ao início de sinais e sintomas)			
	Data			Município				UF		País						
44	Teve Dengue antes?		45		Teve ZikaV antes?		46		Teve ChikV antes?		47	Caso sim ANO		48	Vacina Febre Amarela Data:	
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado										
49	Febre		50		Data do Início da Febre		51		Duração da Febre em Dias		52			Prova do Laço		
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado										1 - Positiva 2 - Negativa 9 - Não Realizada						

Antecedentes Epidemiológicos	53	Outros Sinais e Sintomas	1- Sim 2- Não 9- Ignorado
	Inespecíficos <input type="checkbox"/> Cefaleia <input type="checkbox"/> Exantema <input type="checkbox"/> Dor retro-orbitária <input type="checkbox"/> Prostração <input type="checkbox"/> Mialgia <input type="checkbox"/> Náuseas / Vômitos <input type="checkbox"/> Artralgia <input type="checkbox"/> Diarreia		<input type="checkbox"/> Conjuntivite <input type="checkbox"/> Insuficiência Cardíaca <input type="checkbox"/> Insuficiência Respiratória <input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Tontura <input type="checkbox"/> Edema periarticular <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outros: _____
		Neurológicos <input type="checkbox"/> Irritabilidade <input type="checkbox"/> Tremores <input type="checkbox"/> Parestesia <input type="checkbox"/> Sonolência <input type="checkbox"/> Paralisia Facial <input type="checkbox"/> Fraqueza Descendente	<input type="checkbox"/> Disfagia <input type="checkbox"/> Diplopia <input type="checkbox"/> Disartria <input type="checkbox"/> Disfonia <input type="checkbox"/> Hiperreflexia / Arreflexia <input type="checkbox"/> Coma
		<input type="checkbox"/> Fraqueza Simétrica <input type="checkbox"/> Flacidez de Pescoço <input type="checkbox"/> Visão turva <input type="checkbox"/> Fraqueza em Membros Inferiores <input type="checkbox"/> Fraqueza em Membros Superiores	
54		Reflexos Neurológicos	1- Normais 2- Aumentados 3- Reduzidos / Ausentes 9- Ignorado

55	Data do Hemograma	56	Hematócrito	57	Data da Coleta	58	Plaquetas	mm ³
		%						
Leucócitos _____		Células/mm ³		Segmentos _____		Células/mm ³		
Linfócitos _____		Células/mm ³		Bastonetes _____		Células/mm ³		
59	Punção Lombar	<input type="checkbox"/>	60	Data da Punção	61	Aspecto do Líquor		<input type="checkbox"/>
1- Sim 2- Não 9- Ignorado						1- Límpido 2- Purulento 3- Hemorrágico 4- Turvo 5- Xantocrômico 6- Outro		
62	Realizou citoquímica	<input type="checkbox"/>	63	Se Afirmativo	1- Hemácias _____ mm ³ 2- Leucócitos _____ mm ³ 3- Monócitos _____ % 4- Neutrófilos _____ % 5- Eosinófilos _____ % 6- Linfócitos _____ % 7- Glicose _____ mg 8- Proteínas _____ mg 9- Cloreto _____ mg			
1- Sim 2- Não 9- Ignorado								

Sorologia Dengue			
64	Data da Coleta (1 amostra)	65	Data da Coleta (2 amostra)
66	Resultado		Inibição da Hemoaglutinação
1- Reagente		IgM IgG	
2- Não Reagente		S1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1: _____
3- Inconclusivo		S2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1: _____
67	Data do Resultado (1 amostra)	68	Data do Resultado (2 amostra)

Sorologia de Saint Louis			
69	Data da Coleta (1 amostra)	70	Data da Coleta (2 amostra)
71	Resultado		IgM IgG
1- Reagente		S1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
2- Não Reagente		S2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
3- Inconclusivo			
4- Não Realizado			
72	Data do Resultado (1 amostra)	73	Data do Resultado (2 amostra)

Sorologia de Chikungunya			
74	Data da Coleta (1 amostra)	75	Data da Coleta (2 amostra)
76	Resultado		IgM IgG
1- Reagente		S1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
2- Não Reagente		S2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
3- Inconclusivo			
4- Não Realizado			
77	Data do Resultado (1 amostra)	78	Data do Resultado (2 amostra)

Isolamento Viral					
Líquor					
79	Colheu Material	<input type="checkbox"/>	80	Resultado	<input type="checkbox"/>
1- Sim 2- Não 9- Ignorado		1- DEN 1 2- DEN 2 3- DEN 3 4- DEN 4 5- Saint Louis 6- Chikungunya 7- ZikaV 8- Outro (especifique) _____ 9- Negativo		1- Sim 2- Não 9- Ignorado	
Sangue					
81	Colheu Material	<input type="checkbox"/>	82	Resultado	<input type="checkbox"/>
1- Sim 2- Não 9- Ignorado		1- DEN 1 2- DEN 2 3- DEN 3 4- DEN 4 5- Saint Louis 6- Chikungunya 7- ZikaV 8- Outro (especifique) _____ 9- Negativo		1- Sim 2- Não 9- Ignorado	

PCR					
Líquor					
83	Colheu Material	<input type="checkbox"/>	84	Resultado	<input type="checkbox"/>
1- Sim 2- Não 9- Ignorado		1- DEN 1 2- DEN 2 3- DEN 3 4- DEN 4 5- Saint Louis 6- Chikungunya 7- ZikaV 8- Outro (especifique) _____ 9- Negativo		1- Sim 2- Não 9- Ignorado	
Sangue					
85	Colheu Material	<input type="checkbox"/>	86	Resultado	<input type="checkbox"/>
1- Sim 2- Não 9- Ignorado		1- DEN 1 2- DEN 2 3- DEN 3 4- DEN 4 5- Saint Louis 6- Chikungunya 7- ZikaV 8- Outro (especifique) _____ 9- Negativo		1- Sim 2- Não 9- Ignorado	

Local Provável de Infecção				
87	UF	88	País	
89	Município		90	Bairro
91	Distrito		92	Classificação Final
		1- SGB 2- Outra manifestação neurológica 3- Descartado 9- Ignorado		
93	Evolução do Caso		94	Data do Óbito
1- Cura 2- Óbito 9- Ignorado				
95	Data do Encerramento			
Classificação				
96	Critério de Classificação			
1- laboratorial		2- clínico epidemiológico		

INVESTIGADOR	Município / Unidade de saúde		Nome
	Função	Contato	Assinatura