

VIGILÂNCIA SENTINELA DE DOENÇAS NEUROINVASIVAS POR ARBOVÍRUS
INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO
FICHA DE INVESTIGAÇÃO

Campos	Descrição	Preenchimento ¹ Obrigatório ² Essencial
DADOS GERAIS		
1	Este campo identifica o tipo de notificação, informação necessária à digitação. Informar notificação negativa, caso não tenha caso suspeito. Diante de caso suspeito, realizar notificação individual e proceder investigação	1
2	Nome do agravo/doença de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID 10) que está sendo notificado	1
3	Anotar a data da notificação - data de preenchimento da ficha de notificação	1
4	Preencher com a sigla da Unidade Federada (UF) que realizou a notificação	1
5	Preencher com o nome completo do município (e/ou código correspondente segundo cadastro do IBGE) onde está localizada a unidade sentinela de saúde para doenças neuroinvasivas por arbovírus	1
6	Preencher com a data dos primeiros sintomas neurológicos	1
7	Preencher com o nome completo do serviço de vigilância sentinela (hospital onde o caso está sendo acompanhando) de doenças neuroinvasivas por arbovírus (e/ou código correspondente ao Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – CNES)	1
NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL		
8	Preencher com o nome completo do paciente (sem abreviações)	1
9	Preencher com a data de nascimento do paciente (dia/mês/ano) de forma completa	1
10	Anotar a idade do paciente, se a data de nascimento for desconhecida. Se a data de nascimento não for preenchida, a idade será CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO	-
11	Informar o sexo do paciente (M= masculino, F= feminino e I= ignorado)	1
12	Preencher com a idade gestacional da paciente, quando gestante. CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO quando sexo F = feminino (1= 1º Trimestre, 2= 2º Trimestre, 3= 3º Trimestre, 4= Idade gestacional ignorada, 5= Não, 6= Não se aplica, 9= Ignorado)	-
13	Preencher com o código correspondente à cor ou raça declarada pela pessoa: (1= Branca, 2= Preta, 3= Amarela (compreendo-se nesta categoria a pessoa que se declarou de raça amarela), 4= Parda (incluindo-se nesta categoria a pessoa que se declarou mulata, cabocla, cafuza, mameluca ou mestiça de preto com	-

	pessoa de outra cor ou raça), 5= indígena (considerando-se nesta categoria a pessoa que se declarou indígena ou índia)	
14	Preencher com a série e grau que a pessoa está frequentando ou frequentou considerando a última série concluída com aprovação ou grau de instrução do paciente por ocasião da notificação. (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 ou 10= Não se aplica)	-
15	Preencher com o número do CARTÃO ÚNICO do Sistema Único de Saúde – SUS	-
16	Preencher com o nome completo da mãe do paciente (sem abreviações)	-
DADOS DE RESIDÊNCIA		
17	Preencher com a sigla da Unidade Federada (UF) de residência do paciente	1
18	Anotar o nome do município (e/ou código correspondente segundo cadastro do IBGE) da residência do paciente	1
19	Anotar o nome do distrito de residência do paciente	-
20	Anotar o nome do bairro (ou código correspondente segundo cadastro do SINAN) de residência do paciente	-
21	Anotar o tipo (avenida, rua, travessa, etc) e nome completo ou código correspondente do logradouro da residência do paciente, se notificação individual. Se o paciente for indígena anotar o nome da aldeia	-
22	Anotar o número do logradouro da residência do paciente	-
23	Anotar o CEP da residência do paciente	-
24	Anotar o complemento do logradouro (ex. Bloco B, apto 402, lote 25, casa 14, etc)	-
25	Caso esteja sendo utilizado o georreferenciamento, informar o local que foi adotado para o campo Geocampo1	-
26	Anotar DDD e telefone do paciente	-
27	Zona de residência do paciente (Ex. 1= área com características estritamente urbana, 2= área com características estritamente rural, 3= área rural com aglomeração populacional que se assemelha à uma área urbana)	-
28	Anotar o nome do país de residência quando o paciente notificado residir em outro país	
DADOS DA INVESTIGAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA / CLÍNICOS E LABORATORIAIS		
INVESTIGAÇÃO		
29	Informar a data do início da investigação do caso	1
30	Informar a atividade exercida pelo paciente no setor formal, informal ou autônomo ou sua última atividade exercida quando paciente for desempregado. O ramo de atividade econômica do paciente refere-se às atividades econômicas desenvolvidas nos processos de produção do setor primário (agricultura e extrativismo); secundário (indústria) ou terciário (serviços e comércio)	-
31	Registrar se o paciente viajou nos últimos 15 dias	-

32	Informar data da ida da viagem do paciente. CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO quando resposta do campo 31 for SIM	-
33	Informar data da volta da viagem do paciente. CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO quando resposta do campo 31 for SIM	-
34	Informar país de destino da viagem	-
35	Preencher UF (se Brasil)	
36	Se o país de destino da viagem foi o Brasil, preencher com o nome completo do município (e/ou código correspondente segundo cadastro do IBGE)	-
ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS		
37	Informar se foi vacinado contra febre amarela e influenza	-
38	Informar se teve diagnóstico laboratorial nos últimos 60 dias , para dengue e/ou Zika e/ou chikungunya e/ou febre amarela e/ou outras arboviroses. Se outras arboviroses, deve especificar, como também outras doenças. Pode ser marcado mais de uma alternativa.	-
39	Informar data de início dos primeiros sintomas de manifestações sistêmicas/infecção viral prévia antes do quadro de manifestações neurológicas	2
40	Informar sinais e sintomas das manifestação sistêmicas/infecção viral prévia. Pode ser marcado mais de uma alternativa.	-
41	Informar data de início dos primeiros sintomas de manifestações neurológicas	2
42	Informar sinais e sintomas das manifestações neurológicas. Pode ser marcado mais de uma alternativa.	-
43	Informar se realizou transfusão sanguínea nos últimos 15 dias, antes dos primeiros sintomas neurológicos	-
44	Registrar data da transfusão. CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO quando resposta do campo 43 for SIM	-
45	UF que realizou transfusão sanguínea	-
46	Informar município do Hospital onde realizou a transfusão sanguínea (e/ou código correspondente segundo cadastro do IBGE)	-
47	Informar nome do hospital onde realizou transfusão sanguínea. CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO quando resposta do campo 43 for SIM	-
48	Registrar histórico de exposição e antecedentes patológicos. Em situação de imunização nos últimos 60 dias antes dos primeiros sintomas neurológicos, informar nome da vacina e datas que recebeu o imunobiológico.	-
49	Informar se fez uso de imunoglobulina	-
50	Se campo 49 for 1, registrar data de início do uso da imunoglobulina	-
51	Registrar resultados do 1º hemograma após os primeiros sintomas neurológicos	-
52	Informar a data que foi realizado hemograma	-
53	Informar se foi realizado punção lombar	-
54	Se campo 53 for 1, registrar data da punção lombar	-
55	Registrar aspecto do líquido	-
56	Registrar resultados da análise do líquido cefalorraquidiano	-
57	Registrar os resultados de exames para diagnóstico etiológico	2

CONCLUSÃO		
58	Registrar data da internação	1
59	<p>Informar a classificação final do caso (1=provável, 2=confirmado, 3=descartado, 4=Indeterminado, 9=Ignorado)</p> <p>Resultados prováveis ou confirmados para dengue e Zika, simultaneamente, deve ser classificado como infecção por flavivírus respectivamente.</p> <p>Indeterminado, caso provável que está aguardando resultado laboratorial do laboratório de referência regional.</p>	1
60	<p>Informar o diagnóstico etiológico (1=dengue, 2=Zika, 3=chikungunya, 4=infecção por flavivírus, 5=outros)</p> <p>Se outros, registrar agente etiológico</p> <p>Campo obrigatório, se item 60 = 1 ou 2</p>	2
61	Classificar os casos de acordo com os critérios e níveis de certeza diagnóstica das síndromes neurológicas (1=nível I, 2=Nível II, 3=Nível III).	2
62	Informar data da alta hospitalar	2
63	<p>Informar grau de incapacidade de acordo com a escala de Hughes, no momento da alta</p> <p>0=Recuperação completa, sem sequelas</p> <p>1=Sinais e sintomas menores de neuropatia, mas capaz de correr</p> <p>2=Capaz de caminhar 10 metros sem apoio, mas incapaz de correr</p> <p>3=Capaz de caminhar 10 metros com apoio, bengala ou andador</p> <p>4=Confinado a cama ou cadeira de rodas (incapaz de caminhar 10 metros com apoio)</p> <p>5=Necessita de ventilação assistida</p> <p>6=Óbito</p>	1
64	<p>Informar data do óbito</p> <p>Campo obrigatório, se item 63 = 6</p>	1
65	Informar data do encerramento da investigação	2