

**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"/>		13
				Raça/Cor	
				1 - Branca <input type="checkbox"/>	2 - Preta <input type="checkbox"/>
				3 - Amarela <input type="checkbox"/>	4 - Parda <input type="checkbox"/>
				5 - Indígena <input type="checkbox"/>	9 - Ignorado <input type="checkbox"/>
				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	16
				Número do Cartão SUS	Nome da mãe
Dados de Residência	17	18	Município de Residência		19
					Distrito
					Código (IBGE)
	20	Bairro		21	24
			Logradouro (rua, avenida,...)		Geo campo 1
					Código
	22	23	Número		Complemento (apto., casa, ...)
				25	
				Geo campo 2	
				26	
				Ponto de Referência	
				27	
				CEP	
				28	
				(DDD) Telefone	
				29	
				Zona	
				1 - Urbana <input type="checkbox"/>	2 - Rural <input type="checkbox"/>
				3 - Periurbana <input type="checkbox"/>	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		
	<b>Cultura</b>	<b>CIE</b>	<b>PCR</b>
	Líquor	Líquor	Líquor
	Lesão Petequial	Sangue/Soro	Lesão Petequial
	Sangue/Soro	<b>Aglutinação pelo Látex</b>	
	Escarro	Líquor	Sangue/Soro
<b>Bacterioscopia</b>	<b>Isolamento Viral</b>		
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	mm <sup>3</sup>	Leucócitos	mm <sup>3</sup>	Monócitos	%
Neutrófilos	%	Eosinófilos	%	Linfócitos	%
Glicose	mg	Proteínas	mg	Cloreto	mg

<b>Observações Adicionais</b>

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