Tipo do Documento	**PROCEDIMENTO / ROTINA**	POP.NHEP.007 - Página 1/13	
Título do Documento	**VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DOS CASOS SUSPEITOS DE MENINGITES**	Emissão: 02/2024 Versão: 001	Próxima revisão: 02/2026

SUMÁRIO

1. OBJETIVO(S) 2
2. SIGLAS E CONCEITOS 2
3. RECURSOS 2
3.1. Humanos 2
3.2. Equipamentos 2
3.3. Materiais 2
3.4. Sistemas 2
4. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS 2
4.1. Abrangência 3
4.2. Responsabilidades 3
4.3. Periodicidade 3
4.4. Procedimentos 3
4.4.1. Definição de caso de doença meningocócica 3
4.4.2. Definição de caso de outras meningites 4
4.4.3. Passo a passo para os casos em que paciente não está no hospital 5
4.4.4. Passo a passo para os casos em que o paciente está internado ou na emergência 5
4.4.5. Diagnóstico 6
4.4.6. Quimioprofilaxia 6
4.4.7. Precauções adicionais 7
4.4.8. Avaliação do estado vacinal 8
4.4.9. Encerramento dos casos de doença meningocócica 8
4.5. Pontos críticos 8
5. FLUXOGRAMA 10
6. ANEXO 11
7. REFERÊNCIAS 11
8. HISTÓRICO DE REVISÃO 11

Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP.NHEP.007 - Página 2/13	
Título do Documento	VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DOS CASOS SUSPEITOS DE MENINGITES	Emissão: 02/2024 Versão: 001	Próxima revisão: 02/2026

1. OBJETIVO(S)

Descrever os procedimentos realizados pelo Núcleo Hospitalar de Epidemiologia (NHEP) na vigilância dos casos suspeitos ou confirmados das meningites.

Acompanhar a tendência temporal da doença, para detecção precoce de surtos, visando à adoção de medidas de controle pertinentes.

Orientar a quimioprofilaxia de contatos em tempo oportuno.

Notificar, investigar e encerrar os casos de meningites atendidos no hospital em tempo oportuno.

2. SIGLAS E CONCEITOS

LCR – Líquido cefalorraquidiano;
PCR – Reação em cadeia de polimerase;
NCIH – Núcleo de Controle de Infecção Hospitalar;
NHEP – Núcleo Hospitalar de Epidemiologia;
NVEPI – Núcleo de Vigilância Epidemiológica e Imunização;
SINAN – Sistema de Informações de Agravos de Notificação.
Meningites - engloba a doença meningocócica (A39.0 – meningite meningocócica, A39.2 – meningococcemia aguda), meningites bacterianas (G00.0 – meningite por Haemophilus influenzae G00.1 – meningite pneumocócica, G00.2 – G00.9 – meningite por outras bactérias), meningites virais (A87 – meningite viral) e meningite por outras causas etiológica (G02 – meningite em outras doenças infecciosas e parasitárias classificadas em outra parte).

3. RECURSOS

3.1. Humanos

Médico, enfermeiro, técnico de enfermagem ou outro profissional de saúde com capacitação em vigilância epidemiológica e habilidade de uso dos sistemas eletrônicos usados na vigilância.

3.2. Equipamentos

Computador com acesso à internet.

3.3. Materiais

Ficha de investigação de meningite do SINAN.

3.4. Sistemas

Excel, TrakCare, SINAN, outros sistemas eletrônicos de prontuários, exames ou notificações usadas por hospitais que não são administrados pela SES/DF.

4. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS

4.1. Abrangência

A vigilância epidemiológica das meningites abrange todos os pacientes atendidos no hospital nos serviços de internação, urgência e emergência, cuidados críticos e laboratórios.

4.2. Responsabilidades

Compete ao NHEP realizar a busca ativa, notificar, investigar e encerrar os casos suspeitos e conformados de meningites; orientar a equipe assistencial sobre a quimioprofilaxia dos contatos (exclusiva para doença meningocócica e meningite por *Haemophilus influenzae* tipo b); armazenar e dispensar os medicamentos usados para a quimioprofilaxia dos contatos; receber e armazenar as receitas das prescrições; orientar os contatos quanto ao correto uso dos medicamentos profiláticos.

Compete ao Núcleo de Vigilância Epidemiológica e Imunizações (NVEPI) o monitoramento dos contatos que estiverem no domicílio e ao Núcleo de Controle de Infecção Hospitalar (NCIH) e ao NHEP o monitoramento dos contatos intra hospitalares.

4.3. Periodicidade

A busca ativa é realizada diariamente.

As meningites são de notificação compulsória em até 24 horas e devem ser notificadas a partir da suspeita da doença.

4.4. Procedimentos

4.4.1. Definição de caso de doença meningocócica

a) Suspeito

Crianças acima de 1 ano de idade e adultos com febre, cefaleia, vômitos, rigidez da nuca e outros sinais de irritação meníngea (Kernig e Brudzinski), convulsões e/ou manchas vermelhas no corpo.

Nos casos de meningococcemia, atentar para eritema/exantema, além de sinais e sintomas inespecíficos (sugestivos de septicemia), como hipotensão, diarreia, dor abdominal, dor em membros inferiores, mialgia, rebaixamento do sensório, entre outros.

Em crianças abaixo de 1 ano de idade, os sintomas clássicos referidos podem não ser tão evidentes.

É importante considerar, para a suspeita diagnóstica, sinais de irritabilidade, como choro persistente, e verificar a existência de abaulamento de fontanela.

A irritação meníngea associa-se aos seguintes sinais:

• Sinal de Kernig – resposta em flexão da articulação do joelho, quando a coxa é colocada em certo grau de flexão, relativamente ao tronco. Há duas formas de se pesquisar esse sinal: (1) paciente em decúbito dorsal – eleva-se o tronco, fletindo-o sobre a bacia; há flexão da perna sobre a coxa e desta sobre a bacia; (2) paciente em decúbito dorsal – eleva-se o membro

inferior em extensão, fletindo-o sobre a bacia; após pequena angulação, há flexão da perna sobre a coxa. Essa variante se denomina, também, manobra de Laségue.

• Sinal de Brudzinski – flexão involuntária da perna sobre a coxa e desta sobre a bacia, ao se tentar fletir a cabeça do paciente.

• Crianças de até 9 meses poderão não apresentar os sinais clássicos de irritação meníngea. Neste grupo, outros sinais e sintomas permitem a suspeita diagnóstica, tais como: febre, irritabilidade ou agitação, choro persistente, grito meníngeo (criança grita ao ser manipulada, principalmente quando se flete as pernas para trocar a fralda) e recusa alimentar, acompanhada ou não de vômitos, convulsões e abaulamento da fontanela.

b) Confirmado

- Todo paciente que cumpra os critérios de caso suspeito e cujo diagnóstico seja confirmado por meio dos exames laboratoriais específicos: cultura, e/ou PCR, e/ou látex.
- Ou todo paciente que cumpra os critérios de caso suspeito e que apresente história de vínculo epidemiológico com caso confirmado laboratorialmente para N. meningitidis por um dos exames laboratoriais específicos, mas que não tenha realizado nenhum deles.
- Ou todo paciente que cumpra os critérios de caso suspeito com bacterioscopia da amostra clínica com presença de diplococo Gram-negativo.
- Ou todo paciente que cumpra os critérios de caso suspeito com clínica sugestiva de doença meningocócica com presença de petéquias/sufusões hemorrágicas (meningococcemia).

c) Descartado

Caso suspeito com diagnóstico confirmado para outra doença.

d) Surto

Ocorrência de três ou mais casos, do mesmo sorogrupo, confirmados por critério laboratorial específico (cultura e/ou PCR – reação de cadeia de polimerase), em período inferior ou igual a três meses, entre pessoas que compartilham o mesmo ambiente (trabalho, escola, ou outra instituição), mas que não tenham contato estabelecido umas com as outras, resultando em uma taxa de ataque primária ≥10 casos/100 mil habitantes.

4.4.2. Definição de caso de outras meningites

a) Suspeito

Crianças acima de 1 ano de idade e adultos com febre, cefaleia, vômitos, rigidez da nuca, sinais de irritação meníngea (Kernig, Brudzinski), convulsões e/ou manchas vermelhas no corpo.

Em crianças abaixo de 1 ano de idade, os sintomas clássicos anteriormente referidos podem não ser tão evidentes. Para a suspeita diagnóstica, é importante considerar sinais de irritabilidade, como choro persistente, e verificar a existência de abaulamento de fontanela.

b) Confirmado

Meningites bacterianas

- Todo caso suspeito cujo diagnóstico seja confirmado por meio dos exames laboratoriais específicos: cultura, e/ou PCR, e/ou látex.

- Todo caso suspeito com bacterioscopia do líquido cefalorraquidiano (LCR) com presença de bactérias.
- Todo caso suspeito com exame quimiocitológico do LCR sugestivo de meningite bacteriana.
- Todo caso suspeito que apresente história de vínculo epidemiológico com caso confirmado laboratorialmente para *Haemophilus influenzae* ou *Mycobacterium tuberculosis* por um dos exames específicos, mas que não tenha realizado nenhum deles.
- Todo caso suspeito com clínica sugestiva de meningite bacteriana, sem exames laboratoriais específicos.

Meningites virais

- Todo caso suspeito cujo diagnóstico seja confirmado por meio dos exames laboratoriais específicos: isolamento viral e/ou PCR.
- Todo caso suspeito com exame quimiocitológico do LCR sugestivo de meningite viral.
- Todo caso suspeito que apresente história de vínculo epidemiológico com caso confirmado laboratorialmente para vírus causador de meningite por um dos exames específicos, mas que não tenha realizado nenhum deles.
- Todo caso suspeito com clínica sugestiva de meningite viral.

Meningites por outras etiologias

- Todo caso suspeito cujo diagnóstico seja confirmado por meio dos exames laboratoriais específicos: cultura, e/ou PCR, e/ou látex.
- Todo caso suspeito com microscopia do LCR com presença de agente etiológico.
- Todo caso suspeito com clínica sugestiva de meningite causada por fungos, protozoários ou helmintos.

c) Descartado

Caso suspeito com diagnóstico confirmado para outra doença.

4.4.3. Passo a passo para os casos em que paciente não está no hospital

- Preencher a ficha de notificação com os dados constantes no prontuário;
- Encerrar a ficha de notificação se o resultado do exame estiver disponível ou não tiver sido colhido;
- Digitar a ficha no SINAN ou encaminhar para digitação;
- Colocar a ficha na pasta de casos “em investigação” ou “para encerrar” se o exame tiver sido colhido e pendente de resultado;
- Os casos suspeitos de doença meningocócica ou meningite por *Haemophilus influenzae* devem ser comunicados ao NVEPI e ao NCIH;
- Registrar as condutas no prontuário do paciente no TrakCare.

4.4.4. Passo a passo para os casos em que o paciente está internado ou na emergência

- Preencher a ficha de notificação com os dados constantes no prontuário;
- Visitar o paciente/acompanhante para completar dados faltantes;

- Verificar se os exames para investigação necessários foram solicitados e colhidos. Se incompletos, conversar sobre o caso com médico assistente para a solicitação dos exames indicados;
- Digitar a ficha no SINAN ou encaminhar para digitação;
- Colocar a ficha na pasta de casos “em investigação” ou “para encerrar” se o exame tiver sido colhido e pendente de resultado;
- Se caso suspeito de meningite meningocócica ou por *Haemophilus influenzae* orientar a equipe assistencial sobre a quimioprofilaxia com Rifampicina para os contatos;
- Solicitar ao médico assistente a prescrição da Rifampicina;
- Dispensar os medicamentos mediante retenção de uma via da receita;
- Orientar o contato sobre a importância e o correto uso da quimioprofilaxia;
- Os casos suspeitos de doença meningocócica ou meningite por *Haemophilus influenzae* devem ser comunicados ao NVEPI e ao NCIH;
- Registrar as condutas no prontuário do paciente no TrakCare.

4.4.5. Diagnóstico

- Cultura (é o padrão-ouro para o diagnóstico): líquido cefalorraquidiano (LCR), sangue e/ou raspado de lesões petequiais;
- Reação em cadeia da polimerase (PCR) – pode ser com LCR, soro e outros materiais biológicos;
- Aglutinação pelo látex: LCR;
- Bacterioscopia direta: LCR e outros fluidos estéreis;
- Exame quimiocitológico do LCR;
- Não é necessário entregar a ficha de notificação no laboratório para a coleta;
- Atenção: a coleta de espécimes clínicos (LCR, sangue e/ou lesões petequiais) para o diagnóstico laboratorial deve ser realizada logo após a suspeita clínica de doença meningocócica, preferencialmente antes do início do tratamento com antibiótico;
- A adoção imediata do tratamento adequado não impede a coleta de material para o diagnóstico etiológico, mas recomenda-se que a coleta das amostras seja feita o mais próximo possível do momento do início do tratamento.

4.4.6. Quimioprofilaxia

A quimioprofilaxia está indicada somente para os contatos próximos de casos suspeitos de meningite por *Haemophilus influenzae* tipo b e Doença Meningocócica.

Está indicada para os contatos próximos de casos suspeitos de meningite por *Haemophilus influenzae* tipo b nas situações a seguir elencadas (preferencialmente nas primeiras 48 horas):

- No domicílio, para os contatos próximos, de qualquer idade, que tenham pelo menos um contato com criança menor que 4 anos não vacinada ou parcialmente vacinada, ou com criança imunocomprometida, independentemente da situação vacinal.

- Em creches e escolas maternais, está indicada quando dois ou mais casos de doença invasiva ocorreram em um intervalo de até 60 dias. Nessa situação, a quimioprofilaxia deve ser prescrita para todas as crianças, independentemente da idade ou do status vacinal, e para os cuidadores.
- Também é indicada para o doente em tratamento, caso não esteja recebendo cefalosporina de terceira geração

Dose de Rifampicina para a quimioprofilaxia de contatos de casos de *Haemophilus influenzae*:

- Adultos: 600mg/dose de 24 em 24 horas por 4 dias;
- 1 mês até 10 anos: 20mg/kg/dose (dose máxima de 600mg) de 24 em 24 horas por 4 dias;
- < 1 mês: 10mg/kg/dose (dose máxima de 600mg) de 24 em 24 horas por 4 dias.

São considerados contatos próximos: contatos domiciliares são as pessoas que residem com o doente, ou aquelas que não residem na mesma casa, mas passaram quatro horas ou mais com o doente durante pelo menos cinco dos sete dias anteriores ao início dos sintomas.

Está indicada para os contatos próximos de casos suspeitos de meningite por *Neisseria meningitidis* nas situações a seguir elencadas (preferencialmente nas primeiras 48 horas):

- Está indicada para os contatos próximos de casos suspeitos de doença meningocócica;
- Para o paciente no momento da alta ou na internação no mesmo esquema preconizado para os contatos próximos, exceto se o tratamento da doença foi realizado com ceftriaxona;
- Não há recomendação para os profissionais da área de saúde que atenderam o caso de doença meningocócica, exceto para aqueles que realizaram procedimentos invasivos (intubação oro traqueal, passagem de cateter nasogástrico) sem utilização de equipamento de proteção individual (EPI) adequado.

Dose Rifampicina para a quimioprofilaxia de contatos de casos de *Neisseria meningitidis*:

- <1 mês: 5mg/kg/dose de 12 em 12 horas por 02 dias (oral);
- > 1 mês e adultos: 10mg/kg/dose (máximo de 600mg) de 12 em 12 horas por 02 dias (oral).

Dose Ciprofloxacino para a quimioprofilaxia de contatos de casos de *Neisseria meningitidis*:

- > 18 anos: 500mg uso oral em dose única.

São considerados contatos próximos: os moradores do mesmo domicílio, indivíduos que compartilham o mesmo dormitório (em alojamentos, quartéis, entre outros), comunicantes de creches e escolas, e pessoas diretamente expostas às secreções do paciente

Todos os contatos próximos de um caso de doença meningocócica, independentemente do estado vacinal, deverão receber a quimioprofilaxia.

Em relação às gestantes, a Rifampicina tem sido utilizado para quimioprofilaxia, pois não há evidências de que esse medicamento possa apresentar efeitos teratogênicos. A relação risco/benefício do uso de antibióticos pela gestante deverá ser avaliada pelo médico assistente.

4.4.7. Precauções adicionais

São indicadas as precauções respiratórias para gotículas desde o momento inicial da suspeita até 24 horas após o início da terapêutica eficaz, conforme estabelecido no protocolo de precauções e isolamento do NCIH.

Utilizar avental e máscara cirúrgica ao fazer visita ao paciente.

O NCIH é o responsável pela retirada do paciente das precauções adicionais.

4.4.8. Avaliação do estado vacinal

- Vacina meningocócica C (Conjugada): duas doses, aos 3 e 5 meses de idade, com intervalo de 60 dias entre as doses, mínimo de 30 dias. Uma dose de reforço é recomendada aos 12 meses de idade, podendo ser administrada até os 4 anos de idade.
- Vacina meningocócica ACWY (conjugada): para adolescentes na faixa etária de 11 e 12 anos de idade dose única.
- Vacina pentavalente: três doses (aos 2, 4 e 6 meses de idade). O primeiro reforço deve ser administrado aos 15 meses, e o segundo aos 4 anos de idade, ambos com a vacina adsorvida difteria, tétano e pertússis (DTP).
- Vacina BCG: dose única ao nascer
- Vacina pneumo 10: duas doses (aos 2 e 4 meses de idade). O reforço deve ser feito entre 12 meses e 4 anos de idade, preferencialmente aos 12 meses. Em crianças entre 12 e 23 meses de idade sem comprovação vacinal, dose única.
- Vacina pneumo 23: indígenas acima de 5 anos de idade, dose única.

4.4.9. Encerramento dos casos de doença meningocócica

Deve ocorrer após a verificação de todas as informações necessárias para a conclusão do caso, no prazo de 60 dias após a notificação.

O encerramento de um caso de doença meningocócica pode ser realizado pelos seguintes critérios:

- Critério laboratorial específico (cultura, PCR ou látex) – caso com identificação da N. meningitidis na cultura de amostras clínicas, ou com detecção do DNA da bactéria por PCR na amostra clínica, ou com presença de antígenos bacterianos na amostra clínica detectados por látex.
- Critério laboratorial inespecífico (bacterioscopia) – caso com presença de diplococos Gram--negativos na amostra clínica.
- Critério de vínculo epidemiológico: caso sem exames laboratoriais positivos, mas que teve contato próximo com caso confirmado por critério laboratorial específico em um período anterior, de até 15 dias, ao aparecimento dos sintomas.
- Critério clínico: caso de meningococcemia ou de meningite meningocócica associada à meningococcemia, sem exames laboratoriais positivos.
- Necropsia: óbito com achados anatomopatológicos compatíveis com meningite meningocócica e/ou meningococcemia.

4.5. Pontos críticos

O profissional do NHEP deve buscar o preenchimento completo de todos os campos da Ficha de investigação;

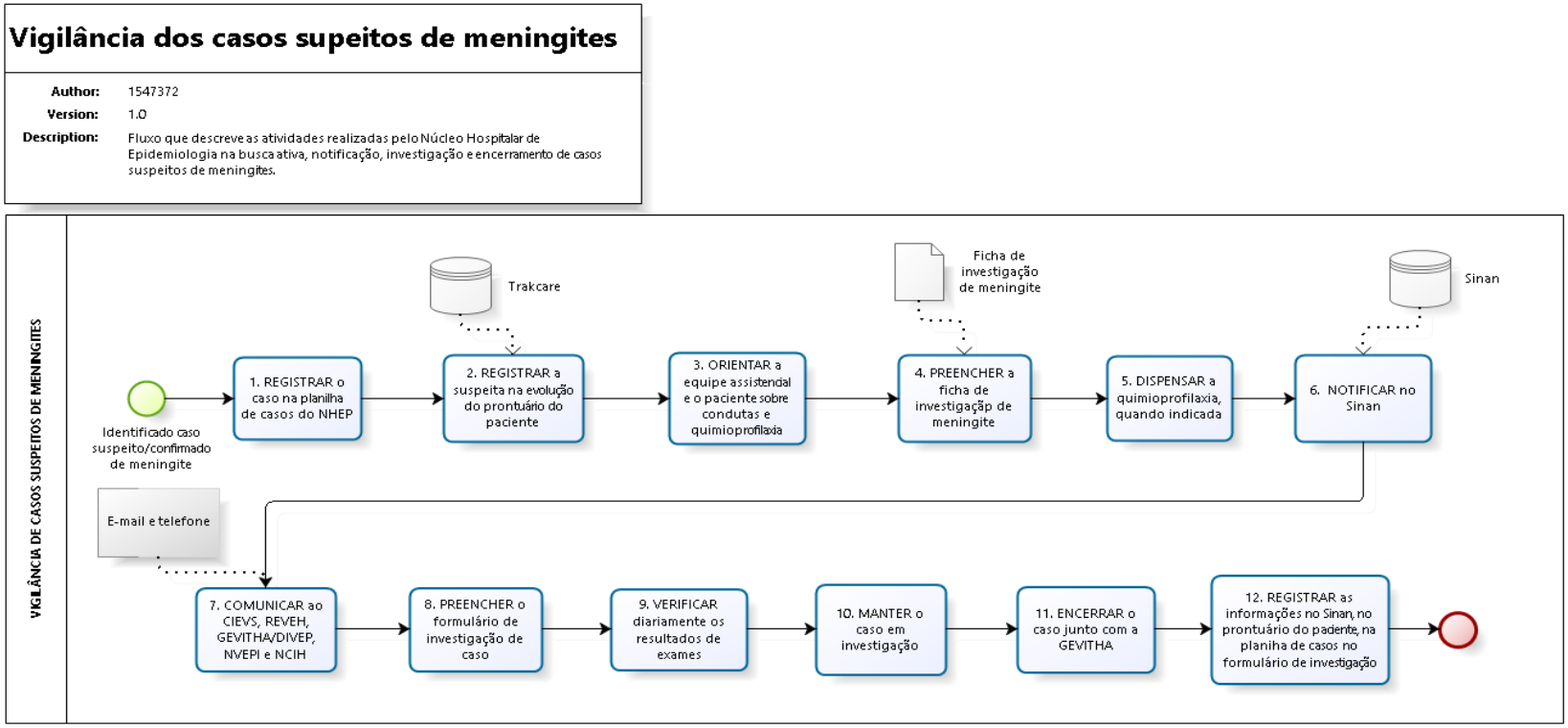
O profissional do NHEP deve conversar com o NVEPI e NCIH sobre os casos e apoiar o monitoramento dos contatos, sempre que necessário;

O profissional do NHEP deve manter-se atualizado sobre as recomendações da doença e consultar o Guia de vigilância em saúde do Ministério da Saúde todas as vezes que estiver diante de um caso suspeito de meningites para fornecer as orientações corretas à equipe assistencial sobre diagnóstico, tratamento e medidas de controle.

A suspeita de meningite deve ser notificada em até 24 horas à rede de vigilância do DF: Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde – CIEVS, Rede de Vigilância Epidemiológica Hospitalar – REVEH, área técnica da DIVEP responsável pela doença a Gerência de Vigilância das Doenças Imunopreveníveis e de Transmissão Hídrica e Alimentar – GEVITHA e ao NVEPI.

Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP.NHEP.007 - Página 10/13	
Título do Documento	VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DOS CASOS SUSPEITOS DE MENINGITES	Emissão: 02/2024 Versão: 001	Próxima revisão: 02/2026

5. FLUXOGRAMA



6. ANEXO

Anexo 1 - Ficha de investigação de meningites do SINAN.

7. REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde e Ambiente. Guia de vigilância em saúde : volume 1 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde e Ambiente. – 6. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2023. 3 v. : il. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_6ed_v1.pdf ISBN 978-65-5993-506-2

8. HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ATUALIZAÇÃO
001	26/02/2024	Primeira versão.

Elaboração/Revisão **Alaíde Francisca de Castro** Enfermeira GECAMP **Aline Factur dos Santos Paes Leme** Enfermeira NHEP/HRL **Ana Paula da Costa Pessoa Sasaki** Enfermeira GECAMP **Elisangela Moreira Afonso** Enfermeira NHEP/HRSAM **Larissa Cristina Araújo Barrozo** Enfermeira NHEP/HCB **Maísa Brito de Melo** Enfermeira NHEP/HRT **Rosangela Maria Magalhães Ribeiro** Farmacêutica GECAMP **Thaís Amato Carvalho** Enfermeira NHEP/Hospital Vivar	(assinado eletronicamente)
Validação **Alaíde Francisca de Castro** Enfermeira GECAMP **Renata Brandão Abud** Gerente GEVITHA	(assinado eletronicamente)
Aprovação **Priscilleyne Ouverney Reis** Gerente GECAMP	(assinado eletronicamente)

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE INVESTIGAÇÃO **MENINGITE**

Nº

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 Agravo/doença — **MENINGITE** — 1 - DOENÇA MENINGOCÓCICA; 2 - OUTRAS MENINGITES — ☐ Código (CID10) G 0 3. 9 — 3 Data da Notificação

4 UF — 5 Município de Notificação — 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 (ou) Idade — 1 - Hora; 2 - Dia; 3 - Mês; 4 - Ano — 11 Sexo M - Masculino; F - Feminino; I - Ignorado — ☐ — 12 Gestante: 1-1ºTrimestre; 2-2ºTrimestre; 3-3ºTrimestre; 4- Idade gestacional ignorada; 5-Não; 6- Não se aplica; 9-Ignorado — ☐ — 13 Raça/Cor: 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 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); 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** — **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: 1 - Urbana; 2 - Rural; 3 - Periurbana; 9 - Ignorado — ☐ — 30 País (se residente fora do Brasil)

Dados Complementares do Caso

Antecedentes Epidemiológicos

31 Data da Investigação — 32 Ocupação

33 Vacinação — 1 - Sim; 2 - Não; 9 - Ignorado

	Nº Doses	Data da Última Dose		Nº Doses	Data da Última Dose
☐ Polissacarídica A/C			☐ Tríplice		
☐ Polissacarídica B/C			☐ Hemófilo (Tetravalente ou Hib)		
☐ Conjugada meningo C			☐ Pneumococo		
☐ BCG			☐ Outra _____		

34 Doenças Pré-existentes — 1 - Sim; 2 - Não; 9 - Ignorado
☐ AIDS/HIV + ☐ Outras Doenças Imunodepressoras ☐ IRA ☐ Tuberculose
☐ Traumatismo ☐ Infecção Hospitalar ☐ Outro _____

35 Contato com Caso Suspeito ou Confirmado de Meningite (até 15 dias antes do início dos sintomas) — ☐
1 - Domicílio; 2 - Vizinhança; 3 - Trabalho; 4 - Creche/Escola; 5 - Posto de Saúde/Hospital; 6 - Outro Estado/Município; 7 - Sem História de Contato; 8 - Outro país; 9 - Ignorado

36 Nome do Contato — 37 (DDD) Telefone

38 Endereço do contato (Rua, Av., Apto., Bairro, Localidade, etc) — 39 Caso Secundário ☐ — 1 - Sim; 2 - Não; 9 - Ignorado

Dados Clínicos

40 Sinais e Sintomas — 1 - Sim; 2 - Não; 9 - Ignorado
☐ Cefaléia ☐ Vômitos ☐ Rigidez de Nuca ☐ Abaulamento de Fontanela ☐ Petequias/Sufusões Hemorrágicas
☐ Febre ☐ Convulsões ☐ Kernig/Brudzinski ☐ Coma ☐ Outras _____

Meningite — Sinan NET — SVS 15/10/2007

Atendimento

41 Ocorreu Hospitalização ☐ (1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado) | 42 Data da Internação | 43 UF | 44 Município do Hospital | Código (IBGE)

45 Nome do Hospital | Código

Dados do Laboratório

46 Punção Lombar ☐ (1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado) | 47 Data da Punção | 48 Aspecto do Líquor ☐ (1 - Límpido 2 - Purulento 3 - Hemorrágico 4 - Turvo 5 - Xantocrômico 6 - Outro 9 - Ignorado)

49 Resultados Laboratoriais

Cultura		CIE		PCR	
Líquor		Líquor		Líquor	
Lesão Petequial		Sangue/Soro		Lesão Petequial	
Sangue/Soro				Sangue/Soro	
Escarro				Escarro	

Aglutinação pelo Látex		Bacterioscopia		Isolamento Viral	
Líquor		Líquor		Líquor	
Sangue/Soro		Lesão Petequial		Fezes	
		Sangue/Soro			
		Escarro			

Classificação do Caso / Etiologia

50 Classificação do Caso ☐ (1 - Confirmado 2 - Descartado)

51 Se Confirmado, Especifique ☐☐
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 ☐☐
1 - Cultura 2 - CIE 3 - Ag. Látex 4 - Clínico 5 - Bacterioscopia 6 - Quimiocitológico do líquor 7 - Clínico-epidemiológico 8 - Isolamento viral 9 - PCR 10 - Outros

53 Se *N. meningiditis* especificar sorogrupo

Medidas de Controle

54 Número de Comunicantes | 55 Realizada Quimioprofilaxia dos Comunicantes? ☐ (1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado) | 56 Se sim, Data | 57 Doença Relacionada ao Trabalho ☐ (1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado)

Conclusão

58 Evolução do Caso ☐ (1 - Alta 2 - Óbito por meningite 3 - Óbito por outra causa 9 - Ignorado) | 59 Data da Evolução | 60 Data do Encerramento

Informações complementares e observações

Exame Quimiocitológico

Hemácias	mm³	Leucócitos	mm³	Monócitos	%
Neutrófilos	%	Eosinófilos	%	Linfócitos	%
Glicose	mg	Proteínas	mg	Cloreto	mg

Observações Adicionais

Investigador

Município/Unidade de Saúde | Cód. da Unid. de Saúde

Nome | Função | Assinatura