



Ficha de Notificação de Manifestações Neurológicas

Notificação de Manifestações Neurológicas no Estado do Rio Grande do Norte

Definição de caso: Paciente atendido na unidade sentinela, que apresentou quadro de manifestação neurológica* de origem indeterminada e registro de infecção viral prévia até 60 dias antes do início do quadro neurológico.

*Entende-se por manifestação neurológica, quadros de encefalite, meningoencefalite, mielite, paralisias flácidas agudas, ADEM (encefalite disseminada aguda) e/ou Síndrome de Guillain-Barré.

Local de Atendimento

- 1) **Data de Notificação:**
- 2) **Municípios Rio Grande do Norte:**

dados de RESIDÊNCIA

Informar neste grupo os dados do paciente, por residência.

- 3) **Nome do Paciente:**
- 4) **Data de Nascimento:**
Dia/Mês/Ano 99/99/9999
- 5) **Idade:**
Informar a idade em anos completos. Se menor de 1 ano, informar
- 6) **Sexo:** Feminino
 Masculino
- 7) **Gestante?** Sim
 Não
 Não se Aplica
- 8) **Município de Residência (RN):**
- 9) **Bairro/Localidade de residência:**
- 10) **Telefone de contato do paciente/família:**
Informe ddd e número - apenas números

DADOS DE INFECÇÃO PREGRESSA

Grupo de informações sobre a infecção contraída ANTES do acometimento da paralisia

- 11) **Data Infecção Aguda Pgressa:**
- 12) **Sinais e sintomas da Infecção Aguda Pgressa:**
- 13) **Outros sinais e sintomas apresentados:**
- 14) **Exames laboratoriais realizados da infecção aguda pgressa:** Sim
 Não
 Não se Aplica
- 15) **Quais?**

16) **Vacinação nas 6 semanas antes do quadro atual?**

- Sim
 Não

17) **Qual?**

DADOS CLÍNICOS ATUAIS

Grupo de informação sobre dados clínicos da paralisia atual

18) **Data da investigação:**

19) **Data de início dos primeiros sintomas:**

20) **Sinais e sintomas neurológicos:**

21) **Diminuição força muscular?**

- Sim
 Não

22) **Se SIM, qual:**

- Tetraparesia/tetraplegia
 Paraparesia/paraplegia
 Hemiparesia
 Monoparesia
 Ignorado

23) **Diminuição tônus muscular?**

- Sim
 Não

24) **Reflexos :**

- Ausentes
 Diminuídos
 Normal / Aumentado

25) **Comprometimento de:**

- Musculatura respiratória
 Face
 Musculatura cervical
 Nível de consciência
 Nível sensitivo
 Disfagia
 Oftalmoparesia
 Ataxia
 Disautonomia
 Outros

26) **Hospitalização:**

- Sim
 Não

27) **Data da hospitalização:**

28) **Local da hospitalização:**

29) **Punção lombar?**

- Sim
 Não

30) **Se SIM, digite os valores de células e proteínas:**

31) **Dissociação albumino-citológica?**

- Sim

32) **Exames laboratoriais realizados do quadro neurológico:**

Não

33) **Exames de imagem :**

ENM

RNM de crânio

RNM medular

34) **Realizou o tratamento específico com:**

Corticosteróide

Imunoglobulina Humana

Plamasferese

Antiviral

Outros

EVOLUÇÃO DO CASO

35) **Classificação Final:**

Confirmado

Compatível

Descartado

36) **Suspeita diagnóstica:**

Encefalite

Mielite

Síndrome de Guillain-Barré

Mielorradiculite

Outra

37) **Critério de Classificação:**

Laboratorial

Clínico

Em investigação

38) **Evolução do caso:**

Cura sem sequela

Cura com sequela

Óbito

39) **Data da alta:**