

ENCEFALITE E ENCEFALOMIELITE AGUDA (EMA)

Caro Colega, agradecemos o preenchimento deste questionário e o seu rápido reenvio no envelope pré-pago. Por favor, responda ao maior número possível de questões utilizando maiúsculas. A informação recolhida é confidencial e só para uso em investigação médica.

Muito obrigado pela sua colaboração!

mês ____|____|

Nome do notificador n.º de código ____|____|____|____|

Vinheta do notificador
(opcional)

Telefone ____|____|____|____|____|____|____|____| ou ____|____|____|____|____|____|

Fax ____|____|____|____|____|____|

E-mail

Definição de encefalite e encefalomielite:

Criança até aos 15 anos e 364 dias com:

- Alterações do estado de consciência de início agudo ou subagudo.
- Febre.
- Convulsões.

- A febre e/ou as convulsões não são critérios de diagnóstico obrigatórios
- A existência de alterações do liquor não é critério de inclusão se não se acompanhar de alterações cognitivas.
- São de excluir as crianças com meningite sem alterações do estado de consciência, e as crianças com alterações do estado de consciência de etiologia metabólica, intoxicações ou insuficiência de outro órgão ou sistema que não o SNC.

Identificação do doente:

1. Nome do doente (Iniciais) ____|____|____|____|

2. Distrito de residência Área urbana [] rural []

3. Data de Nascimento:...../...../..... 4. Sexo : M / F

5. Raça/ Etnia:

6. Hospital de origem: Hospital notificador:

7. Data de início da doença ____/____/____ 8. Data de internamento ____/____/____ 9. Data da alta ____/____/____

Antecedentes pessoais:

- Atraso de desenvolvimento: não ____| sim ____|
- Convulsões: não ____| sim ____|
- Foi vacinado no último mês? não ____| sim ____| Qual?
- Teve febre ou andou adoentado durante o último mês não ____| sim ____|
- Tipo de queixas

Quadro clínico:

- Cefaleias: não sim duração
 - Vômitos: não sim duração
 - Febre: não sim duração
 - Sonolência: não sim duração
 - Obnubilação: não sim duração
 - Coma: não sim duração Glasgow
 - Agitação: não sim duração
 - Delírio: não sim duração
 - Convulsões: não sim duração
 - Distonias: não sim duração
 - Hipertonia: não sim duração
 - Meningismo: não sim duração
 - Alteração de pares cranianos: não sim duração
- Qual?.....

Terapêutica:

- Aciclovir: não sim n° de dias Dose mg/kg
- Anticonvulsivantes: não sim Quais?
- Tiopental: não sim n° de dias
- Ventilação mecânica: não sim n° de dias

Exames auxiliares:

(se existirem vários, referir o mais alterado; se todos normais, referir o último)

- Punção lombar:
- EEG:
- TC CE:
- RMN:
- Serologias para vírus: não sim Positiva para

(influenza, parainfluenza, adenovirus, VRS, herpesvirus, VVZ, CMV, EBV, virus do sarampo, virus da papeira, echovirus, coxsakie, outros enterovirus).

Evolução aos 3 meses (a preencher após receber o inquérito):

- Sem sequelas: não sim
- Limitado, mas continua a frequentar a escola ou infantário e a ser autosuficiente na vida diária:
não sim
- Limitação grave, necessita de escola especial e de apoio para as actividades do dia a dia (vestir, comer, etc.): não sim
- Especifique, se necessário:
.....
.....

Evolução aos 12 meses (a preencher quando o inquérito seja reenviado):

- Sem sequelas: não sim
- Limitado, mas continua a frequentar a escola ou infantário e a ser autosuficiente na vida diária:
não sim
- Limitação grave, necessita de escola especial e de apoio para as actividades do dia a dia (vestir, comer, etc.): não sim
- Especifique, se necessário:
.....
.....

Datas de preenchimento do inquérito: e