



FICHA DE REGISTRO INDIVIDUAL - CASOS DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE HOSPITALIZADO

CASO DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE (SRAG-HOSPITALIZADO):

Indivíduo hospitalizado com febre, mesmo que referida, acompanhada de tosse ou dor de garganta e que apresente dispneia ou saturação de O₂ < 95% ou desconforto respiratório ou que evoluiu para óbito por SRAG independente de internação.

1	Data do preenchimento da ficha de notificação:		2	Data de 1ºs sintomas da SRAG:	
3	UF:	4	Município:	Código (IBGE):	
5	Unidade de Saúde:			Código (CNES):	
Dados do Paciente	6 CPF do cidadão: _____				
	7 Nome: _____			8 Sexo: <input type="checkbox"/> 1- Masc. 2- Fem. 9- Ign	
	9 Data de nascimento: _____		10 (ou) Idade: _____		11 Gestante: <input type="checkbox"/>
			1-Dia 2-Mês 3-Ano _____		1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4-Idade Gestacional Ignorada 5-Não 6-Não se aplica 9-Ignorado
	12 Raça/Cor: <input type="checkbox"/> 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9-Ignorado				
	13 Se indígena, qual etnia? _____				
14 Escolaridade: <input type="checkbox"/> 0-Sem escolaridade/Analfabeto 1-Fundamental 1º ciclo (1ª a 5ª série) 2-Fundamental 2º ciclo (6ª a 9ª série) 3-Médio (1º ao 3º ano) 4-Superior 5-Não se aplica 9-Ignorado					
15 Nome da mãe: _____					
Dados de residência	16 CEP: _____ - _____				
	17 UF: _____	18	Município:	Código (IBGE): _____	
	19 Bairro:		20 Logradouro (Rua, Avenida, etc.):		21 Nº:
	22 Complemento (apto, casa, etc.):			23 (DDD) Telefone: _____	
	24 Zona: <input type="checkbox"/> 1-Urbana 2-Rural 3-Periurbana 9-Ignorado		25 País: (se residente fora do Brasil) _____		
Dados Clínicos e Epidemiológicos	26 Paciente tem histórico de viagem internacional até 14 dias antes do início dos sintomas? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ign				
	27 Se sim: Qual país? _____		28 Em qual local? _____		
	29 Data da viagem: _____		30 Data do retorno: _____		
	31 É caso proveniente de surto de SG que evoluiu para SRAG? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado				
	32 Trata-se de caso nosocomial (infecção adquirida no hospital)? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado				
	33 Paciente trabalha ou tem contato direto com aves ou suínos? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado				
	34 Sinais e Sintomas: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Dor de Garganta <input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Desconforto Respiratório <input type="checkbox"/> Saturação O ₂ < 95% <input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Vômito <input type="checkbox"/> Outros _____				
	35 Possui fatores de risco/comorbidades? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se sim, qual(is)? (Marcar X) <input type="checkbox"/> Puérpera (até 45 dias do parto) <input type="checkbox"/> Doença Cardiovascular Crônica <input type="checkbox"/> Doença Hematológica Crônica <input type="checkbox"/> Síndrome de Down <input type="checkbox"/> Doença Hepática Crônica <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Diabetes <i>mellitus</i> <input type="checkbox"/> Doença Neurológica Crônica <input type="checkbox"/> Outra Pneumopatia Crônica <input type="checkbox"/> Imunodeficiência/Imunodepressão <input type="checkbox"/> Doença Renal Crônica <input type="checkbox"/> Obesidade, IMC _____ <input type="checkbox"/> Outros _____				
	36 Recebeu vacina contra Gripe na última campanha? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado			37 Data da vacinação: _____	
	Se < 6 meses: a mãe recebeu a vacina? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado		Se sim, data: _____		
	a mãe amamenta a criança? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado				
	Se >= 6 meses e <= 8 anos: Data da dose única 1/1: _____ (dose única para crianças vacinadas em campanhas de anos anteriores) Data da 1ª dose: _____ (1ª dose para crianças vacinadas pela primeira vez) Data da 2ª dose: _____ (2ª dose para crianças vacinadas pela primeira vez)				

Dados de Atendimento	38	Usou antiviral para gripe? __ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	39	Qual antiviral? __ 1-Osetamivir 2-Zanamivir 3-Outro, especifique: _____	40	Data início do tratamento ____ ____ ____
	41	Houve internação? __ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	42	Data da internação por SRAG: ____ ____ ____	43	UF de internação: ____ __
	44	Município de internação: _____	Código (IBGE): __ __ __ __ __ __			
	45	Unidade de Saúde de internação: _____	Código (CNES): __ __ __ __ __ __			
	46	Internado em UTI? __ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	47	Data da entrada na UTI: ____ ____ ____	48	Data da saída da UTI: ____ ____ ____
	49	Uso de suporte ventilatório: __ 1-Sim, invasivo 2-Sim, não invasivo 3-Não 9-Ignorado	50	Raio X de Tórax: __ 1-Normal 2-Infiltrado intersticial 3-Consolidação 4-Misto 5-Outro: _____ 6-Não realizado 9-Ignorado	51	Data do Raio X: ____ ____ ____
	52	Coletou amostra? __ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	53	Data da coleta: ____ ____ ____	54	Tipo de amostra: __ 1-Secreção de Naso-orofaringe 2-Lavado Broco-alveolar 3-Tecido <i>post-mortem</i> 4-Outra, qual? _____ 9-Ignorado

Dados Laboratoriais	55	Nº Requisição do GAL: _____				
	56	Resultado da IF/outro método que não seja Biologia Molecular: __ 1-Positivo 2-Negativo 3-Inconclusivo 4-Não realizado 5-Aguardando resultado 9-Ignorado	57	Data do resultado da IF/outro método que não seja Biologia Molecular: ____ ____ ____		
	58	Agente Etiológico – IF/outro método que não seja Biologia Molecular: Positivo para Influenza? __ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se sim, qual influenza? __ 1- Influenza A 2- Influenza B Positivo para outros vírus? __ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se outros vírus respiratórios qual(is)? (marcar X) __ Vírus Sincial Respiratório __ Parainfluenza 1 __ Parainfluenza 2 __ Parainfluenza 3 __ Adenovírus __ Outro vírus respiratório, especifique: _____				
	59	Laboratório que realizou IF/outro método que não seja Biologia Molecular: _____	Código (CNES): __ __ __ __ __ __			
	60	Resultado da RT-PCR/outro método por Biologia Molecular: __ 1-Detectável 2-Não Detectável 3-Inconclusivo 4-Não realizado 5-Aguardando resultado 9-Ignorado	61	Data do resultado RT-PCR/outro método por Biologia Molecular: ____ ____ ____		
	62	Agente Etiológico – RT-PCR/outro método por Biologia Molecular: Positivo para Influenza? __ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se sim, qual influenza? __ 1- Influenza A 2- Influenza B Influenza A, qual subtipo? __ 1-Influenza A(H1N1)pdm09 2-Influenza A/H3N2 3-Influenza A não subtipado 4-Influenza A não subtipável 5-Inconclusivo 6-Outro, especifique: _____ Influenza B, qual linhagem? __ 1-Victoria 2-Yamagata 3-Não realizado 4-Inconclusivo 5-Outro, especifique: _____ Positivo para outros vírus? __ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se outros vírus respiratórios, qual(is)? (marcar X) __ SARS-CoV-2 __ Vírus Sincial Respiratório __ Parainfluenza 1 __ Parainfluenza 2 __ Parainfluenza 3 __ Parainfluenza 4 __ Adenovírus __ Metapneumovírus __ Bocavírus __ Rinovírus __ Outro vírus respiratório, especifique: _____				
	63	Laboratório que realizou RT-PCR/outro método por Biologia Molecular: _____	Código (CNES): __ __ __ __ __ __			

Conclusão	64	Classificação final do caso: __ 1-SRAG por influenza 2-SRAG por outro vírus respiratório 3-SRAG por outro agente etiológico, qual _____ 4-SRAG não especificado	65	Critério de Encerramento: __ 1-Laboratorial 2-Vínculo-Epidemiológico 3-Clinico	
	66	Evolução do Caso: __ 1-Cura 2-Óbito 9-Ignorado	67	Data da alta ou óbito: ____ ____ ____	68

69	OBSERVAÇÕES: _____ _____				
----	--------------------------------	--	--	--	--

70	Profissional de Saúde Responsável: _____	71	Registro Conselho/Matrícula: ____ ____ ____ ____ ____
----	---	----	--