



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 1 ^{os} sintomas da SRAG: _____	
3	UF: _____	4	Município: _____		Código (IBGE): _____
5	Unidade de Saúde: _____			Código (CNES): _____	
Dados do Paciente	6 CPF do paciente: _____				
	7 Nome: _____			8 Sexo: _____ 1-Masculino 2-Feminino 9-Ignorado	
	9 Data de nascimento: _____		10 (ou) Idade: _____ 1-Dia 2-Mês 3-Ano _____		11 Gestante: _____ 1-1 ^o Trimestre 2-2 ^o Trimestre 3-3 ^o Trimestre 4-Idade Gestacional Ignorada 5-Não 6-Não se aplica 9-Ignorado
	12 Raça/Cor: _____ 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9-Ignorado				
	13 Se indígena, qual etnia? _____				
	14 Escolaridade: _____ 0-Sem escolaridade/Analfabeto 1-Fundamental 1 ^o ciclo (1 ^a a 5 ^a série) 2-Fundamental 2 ^o ciclo (6 ^a a 9 ^a série) 3-Médio (1 ^o ao 3 ^o ano) 4-Superior 5-Não se aplica 9-Ignorado				
Dados de Residência	15 Nome da mãe: _____				
	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: _____	
Dados Clínicos e Epidemiológicos	24 Zona: _____ 1-Urbana 2-Rural 3-Periurbana 9-Ignorado				
	25 País: (se residente fora do Brasil) _____				
	26 É caso proveniente de surto de SG que evoluiu para SRAG? _____ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado				
	27 Trata-se de caso com infecção de SRAG adquirida após internação hospitalar? _____ 1-Sim 2-Não 9-ignorado				
	28 Paciente trabalha ou tem contato direto com aves ou suínos? _____ 1-Sim 2-Não 9-ignorado				
	29 Sinais e Sintomas: 1-Sim 2-Não 9-ignorado _____ Febre _____ Tosse _____ Dor de Garganta _____ Dispneia _____ Desconforto Respiratório _____ Saturação O ₂ < 95% _____ Diarreia _____ Vômito _____ Outros _____				
	30 Possui fatores de risco/comorbidades? _____ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se sim, qual(is)? (Marcar X) _____ Puérpera (até 45 dias do parto) _____ Doença Cardiovascular Crônica _____ Doença Hematológica Crônica _____ Síndrome de Down _____ Doença Hepática Crônica _____ Asma _____ Diabetes <i>mellitus</i> _____ Doença Neurológica Crônica _____ Outra Pneumopatia Crônica _____ Imunodeficiência/Imunodepressão _____ Doença Renal Crônica _____ Obesidade, IMC _____ _____ Outros _____				
	31 Recebeu vacina contra Gripe na última campanha? _____ _____ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado			32 Data da vacinação: _____	
	Se < 6 meses: a mãe recebeu a vacina? _____ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se sim, data: _____ a mãe amamenta a criança? _____ 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 1 ^a dose: _____ (1 ^a dose para crianças vacinadas pela primeira vez) Data da 2 ^a dose: _____ (2 ^a dose para crianças vacinadas pela primeira vez)				

Dados de Atendimento	33	Usou antiviral para gripe? __ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	34	Qual antiviral? __ 1-Oseltamivir 2-Zanamivir 3-Outro, especifique: _____	35	Data início do tratamento ____ ____ ____
	36	Houve internação? __ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	37	Data da internação por SRAG: ____ ____ ____	38	UF de internação: __ __
	39	Município de internação: _____	Código (IBGE): __ __ __ __ __ __			
	40	Unidade de Saúde de internação: _____	Código (CNES): __ __ __ __ __ __			
	41	Internado em UTI? __ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	42	Data da entrada na UTI: ____ ____ ____	43	Data da saída da UTI: ____ ____ ____
	44	Uso de suporte ventilatório: __ 1-Sim, invasivo 2-Sim, não invasivo 3-Não 9-Ignorado	45	Raio X de Tórax: __ 1-Normal 2-Infiltrado intersticial 3-Consolidação 4-Misto 5-Outro: _____ 6-Não realizado 9-Ignorado	46	Data do Raio X: ____ ____ ____
	47	Coletou amostra? __ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	48	Data da coleta: ____ ____ ____	49	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	50	Nº Requisição do GAL: _____				
	51	Resultado da IF: __ 1-Positivo 2-Negativo 3-Inconclusivo 4-Não realizado 5-Aguardando resultado 9-Ignorado	52	Data do resultado da IF: ____ ____ ____		
	53	Agente Etiológico – IF: 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) <input type="checkbox"/> Vírus Sincicial Respiratório <input type="checkbox"/> Parainfluenza 1 <input type="checkbox"/> Parainfluenza 2 <input type="checkbox"/> Parainfluenza 3 <input type="checkbox"/> Adenovírus <input type="checkbox"/> Outro vírus respiratório, especifique: _____				
	54	Laboratório que realizou IF: _____	Código (CNES): __ __ __ __ __ __			
	55	Resultado da RT-PCR: __ 1-Detectável 2-Não Detectável 3-Inconclusivo 4-Não realizado 5-Aguardando resultado 9-Ignorado	56	Data do resultado RT-PCR: ____ ____ ____		
	57	Agente Etiológico – RT-PCR: 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-Yamagatha 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) <input type="checkbox"/> Vírus Sincicial Respiratório <input type="checkbox"/> Parainfluenza 1 <input type="checkbox"/> Parainfluenza 2 <input type="checkbox"/> Parainfluenza 3 <input type="checkbox"/> Parainfluenza 4 <input type="checkbox"/> Adenovírus <input type="checkbox"/> Metapneumovírus <input type="checkbox"/> Bocavírus <input type="checkbox"/> Rinovírus <input type="checkbox"/> Outro vírus respiratório, especifique: _____				
58	Laboratório que realizou RT-PCR: _____	Código (CNES): __ __ __ __ __ __				
Conclusão	59	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	60	Critério de Encerramento: __ 1-Laboratorial 2-Vínculo-Epidemiológico 3-Clínico		
	61	Evolução do Caso: __ 1-Cura 2-Óbito 9-Ignorado	62	Data da alta ou óbito: ____ ____ ____	63	Data do Encerramento: ____ ____ ____
64 OBSERVAÇÕES: _____ _____						
65	Profissional de Saúde Responsável: _____			66	Registro Conselho/Matrícula: ____ ____ ____ ____ ____ ____	