



**CASO DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE (SRAG-HOSPITALIZADO):** Indivíduo com \*SG que apresente: dispnéia/desconforto respiratório OU pressão persistente no tórax OU saturação de O<sub>2</sub> menor que 95% em ar ambiente OU coloração azulada dos lábios ou rosto. (\*SG: Indivíduo com quadro respiratório agudo, caracterizado por pelo menos dois (2) dos seguintes sinais e sintomas: febre (mesmo que referida), calafrios, dor de garganta, dor de cabeça, tosse, coriza, distúrbios olfativos ou gustativos). Para efeito de notificação no Sivep-Gripe, devem ser considerados os casos de SRAG hospitalizados ou os óbitos por SRAG independente de hospitalização.

1	Data do preenchimento da ficha de notificação: ____/____/____		2	Data de 1 <sup>os</sup> sintomas ____/____/____		
3	UF: ____/____	4	Município: _____	Código (IBGE): ____/____/____		
5	Unidade de Saúde: _____		Código (CNES): ____/____/____			
Dados do Paciente	6	Tem CPF? (Marcar X) ____ Sim ____ Não		7	CPF: ____/____/____-____	
	8	Estrangeiro (Marcar X) ____ Sim ____ Não				
	9	Cartão Nacional de Saúde (CNS): ____/____/____-____				
	10	Nome: _____		11	Sexo: ____ 1- Masc. 2- Fem. 9- Ign	
	12	Data de nascimento: ____/____/____	13	(Ou) Idade: ____/____/____ 1-Dia 2-Mês 3-Ano ____	14	Gestante: ____ 1-1 <sup>o</sup> Trimestre 2-2 <sup>o</sup> Trimestre 3-3 <sup>o</sup> Trimestre 4-Idade Gestacional Ignorada 5-Não 6-Não se aplica 9-Ignorado
	15	Raça/Cor: ____ 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9-Ignorado				
	16	Se indígena, qual etnia? _____				
	17	É membro de povo ou comunidade tradicional? (Marcar X) ____ Sim ____ Não		18	Se sim, qual? _____	
	19	Escolaridade: ____ 0-Sem escolaridade/Analfabeto 1-Fundamental 1 <sup>o</sup> ciclo (1 <sup>a</sup> a 5 <sup>a</sup> série) 2-Fundamental 2 <sup>o</sup> ciclo (6 <sup>a</sup> a 9 <sup>a</sup> série) 3-Médio (1 <sup>o</sup> ao 3 <sup>o</sup> ano) 4-Superior 5-Não se aplica 9-Ignorado				
	20	Ocupação: _____	21	Nome da mãe: _____		
Dados de residência	22	CEP: ____/____/____-____				
	23	UF: ____/____	24	Município: _____	Código (IBGE): ____/____/____	
	25	Bairro: _____	26	Logradouro (Rua, Avenida, etc.): _____	27	Nº: ____
	28	Complemento (apto, casa, etc.): _____		29	(DDD) Telefone: ____-____/____/____	
	30	Zona: ____ 1-Urbana 2-Rural 3-Periurbana 9-Ignorado	31	País: (se residente fora do Brasil) _____		
Dados Clínicos e Epidemiológicos	32	Trata-se de caso nosocomial (infecção adquirida no hospital)? ____ 1-Sim 2-Não 9-ignorado				
	33	Paciente trabalha ou tem contato direto com aves, suínos, ou outro animal? ____ 1-Sim 2-Não ____ 3-Outro, qual _____ 9-ignorado				
	34	Sinais e Sintomas: 1-Sim 2-Não 9-ignorado ____ Febre ____ Tosse ____ Dor de Garganta ____ Dispneia ____ Desconforto Respiratório ____ Saturação O <sub>2</sub> < 95% ____ Diarreia ____ Vômito ____ Dor abdominal ____ Fadiga ____ Perda do olfato ____ Perda do paladar ____ Outros _____				
	35	Possui fatores de risco/comorbidades? ____ 1-Sim 2-Não 9-ignorado Se sim, qual(is)? (Marcar X) ____ Puerpéra (até 45 dias do parto) ____ Doença Cardiovascular Crônica ____ Doença Hematológica Crônica ____ Síndrome de Down ____ Doença Hepática Crônica ____ Asma ____ Diabetes mellitus ____ Doença Neurológica Crônica ____ Outra Pneumopatia Crônica ____ Imunodeficiência/Imunodepressão ____ Doença Renal Crônica ____ Obesidade, IMC ____ ____ Outros _____				
	36	Recebeu vacina COVID-19? ____ 1-Sim 2-Não 9-ignorado		37	Se recebeu vacina COVID-19, informar: Data da 1 <sup>a</sup> dose: ____/____/____ Data da 2 <sup>a</sup> dose: ____/____/____	
	38	Laboratório Produtor vacina COVID-19: _____		39	Lote da vacina COVID-19: Lote 1 <sup>a</sup> Dose _____ Lote 2 <sup>a</sup> Dose _____	
	40	Recebeu vacina contra Gripe na última campanha? ____ 1-Sim 2-Não 9-ignorado		41	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 <sup>a</sup> dose: ____/____/____ (1 <sup>a</sup> dose para crianças vacinadas pela primeira vez) Data da 2 <sup>a</sup> dose: ____/____/____ (2 <sup>a</sup> dose para crianças vacinadas pela primeira vez)					

Dados de Atendimento	42	Usou antiviral para gripe?  _ _  1-Sim 2-Não 9-Ignorado	43	Qual antiviral?  _ _  1-Osetamivir 2-Zanamivir 3-Outro, especifique: _____	44	Data início do tratamento: _____	
	45	Houve internação?  _ _  1-Sim 2-Não 9-Ignorado	46	Data da internação por SRAG: _____	47	UF de internação: _____	
	48	Município de internação: _____	Código (IBGE):  _ _ _ _ _ _ _ _				
	49	Unidade de Saúde de internação: _____	Código (CNES):  _ _ _ _ _ _ _ _				
	50	Internado em UTI?  _ _  1-Sim 2-Não 9-Ignorado	51	Data da entrada na UTI: _____	52	Data da saída da UTI: _____	
	53	Uso de suporte ventilatório:  _ _  1-Sim, invasivo 2-Sim, não invasivo 3-Não 9-Ignorado	54	Raio X de Tórax:  _ _  1-Normal 2-Infiltrado intersticial 3-Consolidação 4-Misto 5-Outro: _____ 6-Não realizado 9-Ignorado	55	Data do Raio X: _____	
	56	Aspecto Tomografia  _ _  1-Típico covid-19 2-Indeterminado covid-19 3-Atípico covid-19 4-Negativo para Pneumonia 5-Outro 6-Não realizado 9-Ignorado	57	Data da tomografia: _____			
	58	Coletou amostra  _ _  1-Sim 2-Não 9-Ignorado	59	Data da coleta: _____	60	Tipo de amostra:  _ _  1-Secreção de Naso-orofaringe 2-Lavado Bronco-alveolar 3-Tecido <i>post-mortem</i> 4-Outra, qual? _____ 5-LCR 9-Ignorado	
Dados Laboratoriais	61	Nº Requisição do GAL: _____		62	Tipo do teste para pesquisa de antígenos virais:  _ _  1-Imunofluorescência (IF) 2-Teste rápido antigênico		
	63	Data do resultado da pesquisa de antígenos: _____		64	Resultado da Teste antigênico:  _ _  1-positivo 2-Negativo 3-Inconclusivo 4-Não realizado 5-Aguardando resultado 9-Ignorado		
	65	Laboratório que realizou o Teste antigênico: _____		Código (CNES):  _ _ _ _ _ _ _ _			
	66	Agente Etiológico - Teste antigênico: 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)  _ _  SARS-CoV-2  _ _  Vírus Sincial Respiratório  _ _  Parainfluenza 1  _ _  Parainfluenza 2  _ _  Parainfluenza 3  _ _  Adenovírus  _ _  Outro vírus respiratório, especifique: _____					
	67	Resultado da RT-PCR/outro método por Biologia Molecular:  _ _  1-Detectável 2-Não Detectável 3-Inconclusivo 4-Não realizado 5-Aguardando resultado 9-Ignorado		68	Data do resultado RT-PCR/outro método por Biologia Molecular: _____		
	69	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: _____					
	70	Laboratório que realizou RT-PCR/outro método por Biologia Molecular: _____		Código (CNES):  _ _ _ _ _ _ _ _			
	71	Tipo de amostra sorológica para SARS-Cov-2:  _ _  1-Sangue/plasma/soro 2-Outra, qual? _____ 9-Ignorado			72	Data da coleta: _____	
	73	Tipo de Sorologia para SARS-Cov-2:  _ _  1-Teste rápido 2-Elisa 3-Quimiluminescência 4-Outro, qual? _____ Resultado do Teste Sorológico para SARS-CoV-2:  _ _  IgG  _ _  IgM  _ _  IgA 1-Positivo 2-Negativo 3-Inconclusivo 4-Não realizado 5-Aguarda resultado 9-Ignorado			74	Data do resultado: _____	
	Conclusão	75	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 5-SRAG por covid-19			76	Critério de Encerramento:  _ _  1-Laboratorial 2-Clínico Epidemiológico 3-Clínico 4-Clínico-Imagem
77		Evolução do Caso:  _ _  1-Cura 2-Óbito 3-Óbito por outras Causas 9-Ignorado			78	Data da alta ou óbito:  _ _ _ _	
	80	Número D.O:  _ _ _ _ _ _ _ _  -  _ _					
	81	OBSERVAÇÕES:					
	82	Profissional de Saúde Responsável: _____			83	Registro Conselho/Matrícula: _____	