

FICHA DE REGISTRO INDIVIDUAL - CASOS DE SÍNDROME GRIPAL QUE REALIZARAM COLETA DE AMOSTRA
INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO

Nº. O número da ficha de registro individual é atribuído automaticamente pelo sistema. Ele possui 10 dígitos (ex: 1201200001): Dígito 1: caracteriza o tipo da ficha (1=SG e 2=SRAG); Dígitos 2 a 5: informa o ano da digitação da ficha; Dígitos 6 a 10: número sequencial gerado automaticamente pelo sistema).

1. Anotar a data em que a ficha está sendo preenchida, constando dia, mês e ano (Ex. 03/09/2012). **CAMPO OBRIGATÓRIO.**
2. Preencher com a sigla da Unidade Federada (UF) onde está localizada a unidade sentinela. **CAMPO OBRIGATÓRIO.**
3. Preencher com o nome completo do município (ou código correspondente segundo cadastro do IBGE) onde está localizada a unidade sentinela. **CAMPO OBRIGATÓRIO.** Você poderá conferir o código correspondente ao cadastro do IBGE de seu município através do link:
<http://www.ibge.gov.br/home/geociencias/areaterritorial/area.shtm>.
4. Este campo deverá ser preenchido com o nome completo (ou código correspondente ao Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – CNES da unidade sentinela). **CAMPO OBRIGATÓRIO.** Você poderá conferir o CNES da unidade de saúde/sentinela através de consulta no link:
http://cnes.datasus.gov.br/Lista_Tot_Es_Estado.asp

DADOS DO PACIENTE:

5. Preencher com o nome completo do paciente (sem abreviações). **CAMPO OBRIGATÓRIO.**
6. Preencher com o código correspondente ao sexo do paciente: 1-Masculino; 2-Feminino; ou 9-Ignorado. **CAMPO OBRIGATÓRIO.**
7. Preencher com a data de nascimento do paciente, constando dia, mês e ano (ex. 20/04/1999).
8. Neste campo deverá ser anotada a idade do paciente, somente se a data de nascimento for desconhecida. Se o paciente não souber informar sua idade, anotar a idade que o paciente aparenta ter. Deve ser informado também se a idade informada corresponde a dias (1), Meses (2) ou Anos (3), preenchendo o campo com o código correspondente. **CAMPO OBRIGATÓRIO.** Quando for informada a data de nascimento (campo 7) a idade será calculada e preenchida automaticamente pelo sistema após informada a Data dos 1ºs Sintomas (campo 24).
9. Preencher com o código correspondente a idade gestacional da paciente -1=1º Trimestre (corresponde ao período de um (1) a três (3) meses de gestação) 2=2º Trimestre (corresponde ao período de quatro (4) a seis (6) meses de gestação) 3=3º Trimestre (corresponde ao período de sete (7) a nove (9) meses de gestação) ou 4= Idade gestacional ignorada (quando não se sabe com quantos meses de gestação a mulher está. Quando a paciente não estiver gestante deverá ser preenchido o campo de informação com o código (número) 5=Não. Esse campo é **DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO quando paciente for do sexo feminino**. Se sexo masculino ou idade menor ou a idade for igual a 9 anos, o sistema irá preencher o campo automaticamente com o código 6 = Não se aplica.
10. Preencher com o código correspondente a cor ou raça declarada pela pessoa: 1-Branca; 2-Negra; 3-Amarela; 4-Parda (quando for referida a cor parda, incluem as pessoas que se declararem como tal ou como mulata, cabocla, cafuza, mameluca ou mestiça de preto com pessoa de outra cor ou raça); 5-Indígena (incluem as pessoas que se declararem como tal ou como índia ou índio). Se a cor ou raça for declarada como desconhecida, o campo deverá ser preenchido com o código 9-Ignorado.
11. Se o paciente se declarar como indígena, informar a qual etnia pertence.
12. Preencher com o código correspondente a série/ano que o paciente está frequentando ou frequentou a escola ou grau de instrução: 0-Sem escolaridade/Analfabeto, 1-Fundamental 1º ciclo (se o paciente frequenta ou frequentou da 1ª a 5ª série na escola), 2- Fundamental 2º ciclo (se o paciente frequenta ou frequentou da 6ª a 9ª série na escola); 3-Médio (se o paciente frequenta ou frequentou do 1º ao 3º ano na escola) ou 4-Superior (se o paciente cursa ou cursou nível superior). Se idade for menor que 7 anos, o sistema preenche o campo automaticamente com o código 10-Não se aplica. Se a escolaridade for desconhecida, o campo deverá ser preenchido com o código 9-Ignorado.
13. Preencher esse campo com o nome completo da mãe do paciente (sem abreviações).

DADOS DE RESIDÊNCIA:

14. Anotar o Código de Endereçamento Postal (CEP) do logradouro da residência do paciente.
15. Preencher com a sigla da UF de residência do paciente. **CAMPO OBRIGATÓRIO, se o paciente for residente no Brasil.**
16. Preencher com o nome completo do município (ou código correspondente segundo cadastro do IBGE) de residência do paciente. **CAMPO OBRIGATÓRIO, se o paciente for residente no Brasil.** Você poderá conferir o código correspondente ao cadastro do IBGE de seu município através do link: <http://www.ibge.gov.br/home/geociencias/areaterritorial/area.shtm>
17. Anotar o nome do bairro de residência do paciente.
18. Anotar o tipo de espaço público (avenida, rua, travessa, quadra, etc.) e nome completo do logradouro da residência do paciente. Se o paciente for indígena anotar o nome da aldeia a qual pertence.
19. Anotar o número da residência do paciente (nº da casa ou do edifício).
20. Anotar o complemento do logradouro (Ex. Bloco B, ap. 402, lote 25, casa 14 etc.).
21. Anotar DDD e telefone do paciente.
22. Preencher com o código correspondente a zona de residência do paciente: 1-Urbana (área com características estritamente urbanas); 2-Rural (área com características estritamente rurais); 3-Periurbana (área rural com aglomeração populacional que se assemelha a uma área urbana). Se a zona de residência do paciente for desconhecida, preencher com o código 9-Ignorado.
23. Anotar o nome do país de residência quando o paciente não residir no Brasil. **CAMPO OBRIGATÓRIO** (preenchido automaticamente pelo sistema se informado CEP ou UF de residência).

DADOS CLÍNICOS E EPIDEMIOLÓGICOS:

24. Anotar a data de início dos primeiros sintomas no paciente, constando dia, mês e ano (Ex. 01/09/2012). **CAMPO OBRIGATÓRIO.**
25. Informar os sinais e sintomas do paciente. Preencher o espaço reservado para cada sinal e sintoma com os códigos 1-Sim (se o paciente apresentou o sinal/sintoma), 2-Não (se o paciente não apresentou o sinal/sintoma) ou 9-Ignorado (se a presença do sinal/sintoma é desconhecida). Se for assinalado o código 1-Sim para “Outros”, especificar.
26. Informar fatores de risco do paciente para agravamento da doença. Preencher o espaço reservado para cada fator de risco com os códigos 1-Sim (se o paciente apresenta determinado fator de risco) ou 2-Não (se o paciente **não** apresenta determinado fator de risco) de acordo com a existência ou não do fator de risco indicado. Se a presença do fator de risco for desconhecida preencher com 9-Ignorado. **Se for assinalado o código 1-Sim para o fator de risco “Obesidade”, especificar o IMC (índice de massa corpórea). Se for assinalado o código 1-Sim para o campo de informação “Outros”, deverá ser especificado o fator de risco.**

❖ O IMC (Índice de Massa Corpórea) é reconhecido pela OMS como a principal referência para classificação das diferentes faixas de peso. **Para calcular o IMC é aplicada a fórmula da divisão do peso pela altura ao quadrado.** O resultado deve ser comparado à tabela de classificação.

Classificação

Cálculo IMC	Situação
Abaixo de 18,5	Abaixo do peso
Entre 18,5 e 24,9	Peso normal
Entre 25,0 e 29,9	Sobrepeso
Entre 30,0 e 34,9	Obesidade Grau I
Entre 35,0 e 39,9	Obesidade Grau II (severa)
40,0 e acima	Obesidade Grau III (mórbida)

27. Informar se o paciente recebeu vacina contra a gripe nos últimos 12 meses, considerando a data dos 1ºs sintomas. Preencher com o código correspondente: 1-Sim (se o paciente recebeu vacina) ou 2-Não (se o paciente **não** recebeu vacina) e 9- Ignorado (quando se **desconhece** que o paciente tenha recebido vacina). Deve ser verificado o cartão de vacinação do paciente, caso o mesmo não tenha o cartão, deverá ser direcionado pergunta para ele ou responsável, para preenchimento do campo com o código correspondente a resposta.
28. Preencher com o código correspondente ao nº doses recebidas (considerando o esquema vacinal do Ministério da Saúde): 1= 1 dose (uma dose aplicada) ou 2= 2 (duas doses aplicadas).

29. Informar a data em que o paciente recebeu a última dose da vacina contra a gripe, constando dia, mês e ano (Ex. 05/05/2012).

ATENDIMENTO:

30. Informar se o paciente fez uso de antiviral após a data de início dos sintomas e qual o medicamento utilizado, preenchendo com o código correspondente: 1-Não (se o paciente não fez uso de nenhum antiviral), 2- (se o paciente fez uso do antiviral Oseltamivir) 3- (Se o paciente fez uso do antiviral Zanamivir) 4-Outro (se o paciente fez uso de outro antiviral). Se preenchido com o código 4-Outro, deverá ser especificado o nome do medicamento utilizado. Se o uso de antiviral for desconhecido preencher com 9-Ignorado.
31. Informar a data em que o paciente iniciou o tratamento com o antiviral, constando dia, mês e ano (Ex. 02/09/2012).
32. Informar data da coleta da amostra clínica do paciente para realização de diagnóstico laboratorial, constando dia, mês e ano (Ex. 03/09/2012). **CAMPO OBRIGATÓRIO.**
33. Preencher o campo com o código correspondente ao tipo de amostra coletada: 1-Secreção de nasofaringe, 2-Lavado Bronco-alveolar; 3-Tecido *post-mortem* ou 4-Outra. Se for assinalado o código 4-Outra, especificar o tipo de amostra coletada. Se o tipo da amostra coletada for desconhecido, preencher com o código 9-Ignorado.

DADOS LABORATORIAIS:

34. Preencher com o número da requisição do GAL (Gerenciador de Ambiente Laboratorial). O campo será atribuído automaticamente pelo sistema, quando os sistemas estiverem interligados.
35. Informar resultado laboratorial do teste de Imunofluorescência Indireta (IFI) preenchendo o campo com o código correspondente: 1-Positivo, 2-Negativo, 3-Inconclusivo ou 4-Não realizado. Se o resultado for desconhecido preencher com o código 9-Ignorado.
36. Informar a data de liberação do resultado laboratorial da Imunofluorescência Indireta (IFI) constando dia, mês e ano (Ex. 23/09/2012).
37. Se o resultado laboratorial da IFI for positivo, informar o diagnóstico etiológico preenchendo o espaço reservado para cada diagnóstico com os códigos correspondentes. Se positivo para influenza, informar o tipo: 1-Influenza A; 2-Influenza B; 3-Influenza C (se o resultado não for positivo para influenza, deixar em branco). Para diagnósticos de outros vírus respiratórios, marcar X nos vírus com resultado positivo. Se for marcado X em "Outro vírus respiratório", especificar.
38. Preencher com o nome completo (ou código correspondente ao Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – CNES) do laboratório responsável pela liberação do resultado laboratorial da Imunofluorescência Indireta (IFI). Você poderá conferir o CNES do laboratório através de consulta no link:
http://cnes.datasus.gov.br/Lista_Tot_Es_Estado.asp
39. Informar resultado laboratorial do teste de RT-PCR preenchendo o campo com o código correspondente: 1-Detectável, 2-Não Detectável, 3-Inconclusivo ou 4-Não realizado. Se o resultado for desconhecido preencher com o código 9-Ignorado.
40. Informar a data de liberação do resultado laboratorial do RT-PCR, constando dia, mês e ano (Ex. 23/09/2012).
41. Se o resultado laboratorial do RT-PCR for detectável, informar o diagnóstico etiológico preenchendo o espaço reservado para cada diagnóstico com os códigos correspondentes. Se positivo para influenza, informar o tipo: 1-Influenza A; 2-Influenza B (se o resultado não for positivo para influenza, deixar em branco). Se positivo para influenza A, informar o subtipo: 1-Influenza A(H1N1)pdm09; 2-Influenza A/H1 Sazonal; 3-Influenza A/H3 Sazonal; 4-Influenza A não subtipado; 5-Outro (se marcado esse código, especificar). Para diagnósticos de outros vírus respiratórios, marcar X nos vírus com resultado positivo. Se for marcado X em "Outro vírus respiratório", especificar.
42. Preencher com o nome completo (ou código correspondente ao Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – CNES) do laboratório responsável pela liberação do resultado laboratorial do RT-PCR. Como já mencionado anteriormente, você poderá conferir o CNES do laboratório através de consulta no link:
http://cnes.datasus.gov.br/Lista_Tot_Es_Estado.asp

CONCLUSÃO:

43. Preencher com o código correspondente a classificação final do caso: 1-SG por Influenza, 2-SG por outros vírus respiratórios, 3-SG por outros agentes etiológicos ou 4-SG não especificado. Se o campos for preenchido com o código 1-SG por influenza, informar tipo e subtipo (preencher de acordo com as categorias do campo agente etiológico: tipo (1-Influenza A; 2-Influenza B) e subtipo (1-Influenza A(H1N1)pdm09; 2-Influenza A/H1 Sazonal; 3-Influenza A/H3 Sazonal; 4-Influenza A não subtipado; 5-Outro). Se o campo for preenchido com o código 3-SG por outros agentes etiológicos, especificar o agente no campo indicado. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO se data de encerramento for preenchida.**

- 44.** Informar a data do encerramento da investigação do caso, constando dia, mês e ano (Ex. 23/09/2012). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO, se classificação final for preenchida.**
- 45. OBSERVAÇÕES:** Acrescentar outras informações consideradas relevantes para o esclarecimento do caso.
- 46.** Preencher com o nome completo do profissional de saúde responsável pelo preenchimento da ficha de registro individual (sem abreviações).
- 47.** Este campo de informação deverá ser preenchido com abreviatura do conselho de classe ao qual o profissional pertence e respectivo número de inscrição/ matrícula do profissional de saúde responsável pelo preenchimento da ficha de registro individual.

CASO DE SÍNDROME GRIPAL (SG)

Indivíduo com febre, mesmo que referida, acompanhada de tosse e com início dos sintomas nos últimos 7 dias.

ATENÇÃO:

- Digitar no SIVEP-Gripe e anotar o número da ficha de registro individual antes de encaminhá-la, junto com a amostra, para o laboratório;
- Lembre-se de atualizar os dados da conclusão do caso (classificação final e data de encerramento) depois de recebido o resultado laboratorial;
- No caso de co-infecção, priorizar o resultado de influenza para a classificação final;
- A ficha deve ser disponibilizada somente em Unidades Sentinelas de Síndrome Gripal.