



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

CASO DE SÍNDROME GRIPAL (SG):

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

1 Data do preenchimento: ____/____/____

2 UF: ____/____	3 Município: _____	Código (IBGE): ____/____/____/____
4 Unidade Sentinela: _____	Código (CNES): ____/____/____/____	

Dados do Paciente	5 Nome: _____	6 Sexo: 1-Masculino 2-Feminino ____ 9-Ignorado	
	7 Data de nascimento: ____/____/____	8 (ou) Idade: ____/____/____ 1-Dia 2-Mês 3-Ano ____	9 Gestante: ____ 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4-Idade Gestacional Ignorada 5-Não 6-Não se aplica 9-Ignorado
	10 Raça/Cor: 1-Branca 2-Negra 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9-Ignorado ____		
	11 Se indígena, qual etnia? _____		
	12 Escolaridade: ____ 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		
13 Nome da mãe: _____			

Dados de Residência	14 CEP: ____/____/____-____		
	15 UF: ____/____	16 Município: _____	Código (IBGE): ____/____/____/____
	17 Bairro: _____	18 Logradouro (Rua, Avenida, etc.): _____	19 Nº ____
	20 Complemento (apto, casa, etc.) _____	21 (DDD) Telefone: ____-____/____/____/____/____	
	22 Zona: ____ 1-Urbana 2-Rural 3-Periurbana 9-Ignorado	23 País: (se residente fora do Brasil) _____	

Dados Clínicos e Epidemiológicos	24 Data dos 1ºs Sintomas: ____/____/____	25 Sinais e Sintomas: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado ____/____ Febre ____/____ Tosse ____/____ Dor de Garganta ____/____ Outros _____	
	26 Fatores de risco: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado ____/____ Puérpera (até 42 dias do parto) ____/____ Doença Cardiovascular Crônica ____/____ Pneumopatia Crônica ____/____ Síndrome de Down ____/____ Doença Hepática Crônica ____/____ Obesidade, IMC ____/____ ____/____ Diabetes mellitus ____/____ Doença Neurológica Crônica ____/____ Outros _____ ____/____ Imunodeficiência/Imunodepressão ____/____ Doença Renal Crônica _____		
	27 Recebeu vacina contra Gripe? (últimos 12 meses) ____ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	28 Nº de doses ____ 1-1 dose 2-2 doses	29 Data da última dose ____/____/____

Atendimento	30	Uso de antiviral: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-Não 2-Oseltamivir 3-Zanamivir 4-Outro, especifique: _____ 9-Ignorado	31	Data do início do tratamento ____ ____ ____
	32	Data da coleta: ____ ____ ____	33	Tipo de amostra: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-Secreção de Nasofaringe 2-Lavado Broco-alveolar 3-Tecido <i>post-mortem</i> 4-Outra, qual? _____ 9-Ignorado
Dados Laboratoriais	34 Nº Requisição do GAL: _____			
	IFI			
	35	Resultado <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-Positivo 2-Negativo 3-Inconclusivo 4-Não realizado 9-Ignorado	36	Data do resultado ____ ____ ____
	37 Agente Etiológico <u>Influenza:</u> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1- Influenza A 2- Influenza B <u>Outros vírus respiratórios:</u> (marcar X) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> VRS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Parainfluenza 1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Parainfluenza 2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Parainfluenza 3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Adenovírus <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Outro vírus respiratório, especifique: _____			
	38 Laboratório: _____		Código (CNES): ____ ____ ____ ____ ____ ____	
	RT-PCR			
	39	Resultado <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-Detectável 2-Não Detectável 3-Inconclusivo 4-Não realizado 9-Ignorado	40	Data do resultado ____ ____ ____
	41 Agente Etiológico <u>Influenza:</u> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1- Influenza A 2- Influenza B Se Influenza A, subtipo: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-Influenza A(H1N1)pdm09 2-Influenza A/H1 Sazonal 3-Influenza A/H3 Sazonal 4-Influenza A não subtipado 5-Outro, especifique: _____ <u>Outros vírus respiratórios:</u> (marcar X) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> VRS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Parainfluenza 1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Parainfluenza 2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Parainfluenza 3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Parainfluenza 4 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Adenovírus <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Metapneumovirus <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bocavirus <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Rinovirus <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Outro vírus respiratório, especifique: _____			
42 Laboratório: _____		Código (CNES): ____ ____ ____ ____ ____ ____		
Conclusão	43	Classificação final do caso <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tipo Subtipo, se influenza A. 1-SG por influenza <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (marcar conforme categorias do campo agente etiológico) 2-SG por outro vírus respiratório 3-SG por outro agente etiológico, especifique: _____ 4-SG não especificado	44	Data do Encerramento ____ ____ ____
	45 Observações:			
46 Profissional de Saúde Responsável: _____			47 Registro Conselho/Matrícula: ____ ____ ____ ____ ____ ____	