



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:								
3	UF:	4	Município:	Código (IBGE):								
5	Unidade de Saúde:			Código (CNES):								
Dados do Paciente	6	CPF do cidadão:										
	7	Nome:			8	Sexo: 1- Masc. 2- Fem. 9- Ign						
	9	Data de nascimento:	10	(ou) Idade:	11	Gestante:						
	12	Raça/Cor:			1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4-Idade Gestacional Ignorada 5-Não 6-Não se aplica 9-Ignorado							
	13	Se indígena, qual etnia?										
	14	Escolaridade:										
Dados de residência	15	Ocupação:		16	Nome da mãe:							
	17	CEP:										
	18	UF:	19	Município:	Código (IBGE):							
	20	Bairro:	21	Logradouro (Rua, Avenida, etc.):	22	Nº:						
	23	Complemento (apto, casa, etc.):		24	(DDD) Telefone:							
	25	Zona:		26	País: (se residente fora do Brasil)							
Dados Clínicos e Epidemiológicos	27	Paciente tem histórico de viagem internacional até 14 dias antes do início dos sintomas?				28	Se sim: Qual país?	29	Em qual local?			
	30	Data da viagem:		31	Data do retorno:							
	32	É caso proveniente de surto de SG que evoluiu para SRAG?					33	Trata-se de caso nosocomial (infecção adquirida no hospital)?				
	34	Paciente trabalha ou tem contato direto com aves ou suínos?					35	Sinais e Sintomas:				
	_ Febre _ Tosse _ Dor de Garganta _ Dispneia _ Desconforto Respiratório											
	_ Saturação O ₂ < 95% _ Diarreia _ Vômito _ Outros											
	36	Possui fatores de risco/comorbidades?						37	Recebeu vacina contra Gripe na última campanha?		38	Data da vacinação:
	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 mellitus			_ Doença Neurológica Crônica			_ Outra Pneumopatia Crônica					
	_ Imunodeficiência/Imunodepressão			_ Doença Renal Crônica			_ Obesidade, IMC					
	_ Outros											
	Se < 6 meses: a mãe recebeu a vacina? Se sim, data:											
a mãe amamenta a criança? Se sim, data:												
Se >= 6 meses e <= 8 anos:												
Data da dose única 1/1:												
Data da 1ª dose:												
Data da 2ª dose:												

Dados de Atendimento	39	Usou antiviral para gripe? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	40	Qual antiviral? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-Oseltamivir 2-Zanamivir 3-Outro, especifique: _____	41	Data início do tratamento ____ ____ ____		
	42	Houve internação? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	43	Data da internação por SRAG: ____ ____ ____	44	UF de internação: ____ ____		
	45				Município de internação: _____ Código (IBGE): ____ ____ ____ ____ ____ ____			
	46				Unidade de Saúde de internação: _____ Código (CNES): ____ ____ ____ ____ ____ ____			
	47	Internado em UTI? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	48	Data da entrada na UTI: ____ ____ ____	49	Data da saída da UTI: ____ ____ ____		
	50	Uso de suporte ventilatório: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-Sim, invasivo 2-Sim, não invasivo 3-Não 9-Ignorado	51	Raio X de Tórax: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-Normal 2-Infiltrado intersticial 3-Consolidação 4-Misto 5-Outro: _____ 6-Não realizado 9-Ignorado	52	Data do Raio X: ____ ____ ____		
	53	Coletou amostra? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	54	Data da coleta: ____ ____ ____	55	Tipo de amostra: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-Secreção de Naso-orofaringe 2-Lavado Broco-alveolar 3-Tecido <i>post-mortem</i> 4-Outra, qual? _____ 9-Ignorado		
Dados Laboratoriais	56						Nº Requisição do GAL: _____	
	57	Resultado da IF/outro método que não seja Biologia Molecular: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-Positivo 2-Negativo 3-Inconclusivo 4-Não realizado 5-Aguardando resultado 9-Ignorado			58	Data do resultado da IF/outro método que não seja Biologia Molecular: ____ ____ ____		
	59						Agente Etiológico – IF/outro método que não seja Biologia Molecular: Positivo para Influenza? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se sim, qual influenza? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1- Influenza A 2- Influenza B Positivo para outros vírus? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se outros vírus respiratórios qual(is)? (marcar X) <input type="checkbox"/> Vírus Sincial 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: _____	
	60	Laboratório que realizou IF/outro método que não seja Biologia Molecular: _____			Código (CNES): ____ ____ ____ ____ ____ ____			
	61	Resultado da RT-PCR/outro método por Biologia Molecular: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-Detectável 2-Não Detectável 3-Inconclusivo 4-Não realizado 5-Aguardando resultado 9-Ignorado			62	Data do resultado RT-PCR/outro método por Biologia Molecular: ____ ____ ____		
	63						Agente Etiológico – RT-PCR/outro método por Biologia Molecular: Positivo para Influenza? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se sim, qual influenza? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1- Influenza A 2- Influenza B Influenza A, qual subtipo? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-Victoria 2-Yamagata 3-Não realizado 4-Inconclusivo 5-Outro, especifique: _____ Positivo para outros vírus? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se outros vírus respiratórios, qual(is)? (marcar X) <input type="checkbox"/> SARS-CoV-2 <input type="checkbox"/> Vírus Sincial 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: _____	
	64	Laboratório que realizou RT-PCR/outro método por Biologia Molecular: _____			Código (CNES): ____ ____ ____ ____ ____ ____			
Conclusão	65	Classificação final do caso: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-SRAG por influenza 2-SRAG por outro vírus respiratório 3-SRAG por outro agente etiológico, qual _____ 4-SRAG não especificado 5- COVID-19			66	Critério de Encerramento: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-Laboratorial 2-Vínculo-Epidemiológico 3-Clinico		
	67	Evolução do Caso: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-Cura 2-Óbito 9-Ignorado			68	Data da alta ou óbito: ____ ____ ____		
70							OBSERVAÇÕES:	
71				Profissional de Saúde Responsável: _____				
				72				Registro Conselho/Matrícula: ____ ____ ____ ____ ____ ____