

variáveis	nome	descricao	categoria	
NU_NOTIFIC	Nº	Número do registro		
DT_NOTIFIC	Data do preenchimento da ficha de notificação	Data de preenchimento da ficha de notificação.		
SEM_NOT	Semana Epidemiológica do preenchimento da ficha de notificação	Semana Epidemiológica do preenchimento da ficha de		
DT_SIN_PRI	Data de 1ºs sintomas	Data de 1º sintomas do caso		
SEM_PRI	Semana Epidemiológica dos Primeiros Sintomas	Semana Epidemiológica do início dos sintomas.		
SG_UF_NOT	UF	Tabela com código e siglas das UF padronizados pelo IBGE.		
ID_REGIONA	Regional de Saúde de Notificação Código (IBGE)	Regional de Saúde onde está localizado o Município realizou a notificação.		
CO_REGIONA	Regional de Saúde de Notificação Código (IBGE)	Regional de Saúde onde está localizado o Município realizou a notificação.		
ID_MUNICIP	Município Código (IBGE)	Município onde está localizada a Unidade que realizou a notificação.		
CO_MUN_NOT	Município Código (IBGE)	Município onde está localizada a Unidade que realizou a notificação.		
CS_SEXO	Sexo	Sexo do paciente	1-Masculino 9-Ignorado	2-Feminino
DT_NASC	Data de nascimento	Data de nascimento do paciente.		
NU_IDADE_N	(ou) Idade	Idade informada pelo paciente quando não se sabe a data de nascimento. Na falta desse dado é registrada a idade aparente.		
TP_IDADE	Tipo/Idade		1-Dia 2-Mês 3-Ano	
COD_IDADE	-	-	-	
CS_GESTANT	Gestante	Idade gestacional da paciente.	1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4-Idade Gestacional Ignorada 5-Não 6-Não se aplica 9-Ignorado	
CS_RACA	Raça/Cor	Cor ou raça declarada pelo paciente:Branca; Preta; Amarela; Parda (pessoa que se declarou mulata, cabocla, cafuza, mameluca ou mestiça de preto com pessoa de outra cor ou raça); e, Indígena.	1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9-Ignorado	
CS_ETINIA	Se indígena, qual etnia?	Nome e código da etnia do paciente, quando indígena.		
CS_ESCOL_N	Escolaridade	Nível de escolaridade do paciente.Para os níveis fundamental e médio deve ser considerada a última série ou ano concluído.	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	
ID_PAIS	País (se residente fora do Brasil)	País de residência do paciente.		
CO_PAIS	País (se residente fora do Brasil)	País de residência do paciente.		
SG_UF	UF residência	Unidade Federativa de residência do paciente.		
ID_RG_RESI	Regional de Saúde de Residência Código (IBGE)	Regional de Saúde onde está localizado o Município de residência do paciente.		
CO_RG_RESI	Regional de Saúde de Residência Código (IBGE)	Regional de Saúde onde está localizado o Município de residência do paciente.		
ID_MN_RESI	Município Código (IBGE)	Município de residência do paciente.		
CO_MUN_RES	Município Código (IBGE)	Município de residência do paciente.		
CS_ZONA	Zona	Zona geográfica do endereço de residência do paciente.	1-Urbana 2-Rural 3-Periurbana 9-Ignorado	
NOSOCOMIAL	Trata-se de caso nosocomial (infecção adquirida no hospital)?	Caso de SRAG com infecção adquirida após internação	1-Sim 2-Não 9-Ignorado	
AVE_SUINO	Paciente trabalha ou tem contato direto com aves, suínos, ou outro animal?	Paciente teve contato direto ou trabalha com aves, suínos ou outro animal?	1-Sim, aves e/ou suínos 2-Não, nenhum 3- Sim, outros, qual 9-ignorado	
FEBRE	Sinais e Sintomas/Febre	Paciente apresentou febre?	1-Sim 2-Não 9-Ignorado	
TOSSE	Sinais e Sintomas/Tosse	Paciente apresentou tosse?	1-Sim 2-Não 9-Ignorado	
GARGANTA	Sinais e Sintomas/Dor de Garganta	Paciente apresentou dor de garganta?	1-Sim 2-Não 9-Ignorado	
DISPNEIA	Sinais e Sintomas/Dispneia	Paciente apresentou dispneia?	1-Sim 2-Não 9-Ignorado	
DESC_RESP	Sinais e Sintomas/Desconforto Respiratório	Paciente apresentou desconforto respiratório?	1-Sim 2-Não 9-Ignorado	
SATURACAO	Sinais e Sintomas/Saturação O2< 95%	Paciente apresentou saturação O2< 95%?	1-Sim 2-Não 9-Ignorado	
DIARREIA	Sinais e Sintomas/Diarreia	Paciente apresentou diarreia?	1-Sim 2-Não 9-Ignorado	
VOMITO	Sinais e Sintomas/Vômito	Paciente apresentou vômito?	1-Sim 2-Não 9-Ignorado	
OUTRO_SIN	Sinais e Sintomas/Outros	Paciente apresentou outro(s) sintoma(s)?	1-Sim 2-Não 9-Ignorado	
OUTRO_DES	Sinais e Sintomas/Outros (Descrição)	Listar outros sinais e sintomas apresentados pelo paciente.		
FATOR_RISC	Fatores de risco	Paciente apresenta algum fator de risco	1-Sim 2-Não 9-Ignorado	
PUERPERA	Fatores de risco/ Puérpera	Paciente é puérpera ou parturiente (mulher que pariu recentemente – até 45 dias do parto)?	1-Sim 2-Não 9-Ignorado	
CARDIOPATI	Fatores de risco/ Doença Cardiovascular Crônica	Paciente possui Doença Cardiovascular Crônica?	1-Sim 2-Não 9-Ignorado	
HEMATOLOGI	Fatores de risco/ Doença Hematológica Crônica	Paciente possui Doença Hematológica Crônica?	1-Sim 2-Não 9-Ignorado	
SIND_DOWN	Fatores de risco/ Síndrome de Down	Paciente possui Síndrome de Down?	1-Sim 2-Não 9-Ignorado	
HEPATICA	Fatores de risco/ Doença Hepática Crônica	Paciente possui Doença Hepática Crônica?	1-Sim 2-Não 9-Ignorado	

variáveis	nome	descrição	categoria
ASMA	Fatores de risco/ Asma	Paciente possui Asma?	1-Sim 2-Não 9-Ignorado
DIABETES	Fatores de risco/ Diabetes mellitus	Paciente possui Diabetes mellitus?	1-Sim 2-Não 9-Ignorado
NEUROLOGIC	Fatores de risco/ Doença Neurológica Crônica	Paciente possui Doença Neurológica?	1-Sim 2-Não 9-Ignorado
PNEUMOPATI	Fatores de risco/ Outra Pneumopatía Crônica	Paciente possui outra pneumopatía crônica?	1-Sim 2-Não 9-Ignorado
IMUNODEPRE	Fatores de risco/ Imunodeficiência ou Imunodepressão	Paciente possui Imunodeficiência ou Imunodepressão (diminuição da função do sistema imunológico)?	1-Sim 2-Não 9-Ignorado
RENAL	Fatores de risco/ Doença Renal Crônica	Paciente possui Doença Renal Crônica?	1-Sim 2-Não 9-Ignorado
OBESIDADE	Fatores de risco/ Obesidade	Paciente possui obesidade?	1-Sim 2-Não 9-Ignorado
OBES_IMC	Fatores de risco/ Obesidade (Descrição IMC)	Valor do IMC (Índice de Massa Corporal) do paciente calculado pelo profissional de saúde.	1-Sim 2-Não 9-Ignorado
OUT_MORBI	Fatores de risco/ Outros	Paciente possui outro(s) fator(es) de risco?	1-Sim 2-Não 9-Ignorado
MORB_DESC	Fatores de risco/ Outros (Descrição)	Listar outro(s) fator(es) de risco do paciente.	
TABAG	Fatores de risco/ Tabagismo	Paciente é tabagista?	1-Sim 2-Não 9-Ignorado
VACINA	Recebeu vacina contra Gripe na última campanha?	Informar se o paciente foi vacinado contra gripe na última campanha, após verificar a documentação / caderneta. Caso o paciente não tenha a caderneta, direcionar a pergunta para ele ou responsável e preencher o campo com o código correspondente a resposta.	1-Sim 2-Não 9-Ignorado
DT_UT_DOSE	Data da vacinação	Data da última dose de vacina contra gripe que o paciente tomou.	
MAE_VAC	Se < 6 meses: a mãe recebeu a vacina?	Se paciente < 6 meses, a mãe recebeu vacina?	1-Sim 2-Não 9-Ignorado
DT_VAC_MAE	Se sim, data	Se a mãe recebeu vacina, qual a data?	
M_AMAMENTA	Se < 6 meses: a mãe amamenta a criança?	Se paciente < 6 meses, a mãe amamenta a criança?	1-Sim 2-Não 9-Ignorado
DT_DOSEUNI	Se >= 6 meses e <= 8 anos: Data da dose única 1/1	Se >= 6 meses e <= 8 anos, data da dose única para crianças vacinadas em campanhas de anos anteriores	
DT_1_DOSE	Se >= 6 meses e <= 8 anos: Data da 1ª dose	Se >= 6 meses e <= 8 anos, data da 1ª dose para crianças vacinadas pela primeira vez	
DT_2_DOSE	Se >= 6 meses e <= 8 anos data da 2ª dose para crianças vacinadas pela primeira vez	Se >= 6 meses e <= 8 anos: Data da 2ª dose	
ANTIVIRAL	Usou antiviral para gripe?	Fez uso de antiviral para tratamento da doença?	1-Sim 2-Não 9-Ignorado
TP_ANTIVIR	Qual antiviral?	Qual antiviral utilizado?	1- Oseltamivir 2- Zanamivir 3- Outro, especifique
OUT_ANTIV	Qual antiviral /Outro, especifique	Se o antiviral utilizado não foi Oseltamivir ou Zanamivir, informar qual antiviral foi utilizado.	
DT_ANTIVIR	Data do início do tratamento	Data em que foi iniciado o tratamento com o antiviral.	
HOSPITAL	Houve internação?	O paciente foi internado?	1-Sim 2-Não 9-Ignorado
DT_INTERNA	Data da internação por SRAG	Data em que o paciente foi hospitalizado.	
SG_UF_INTE	UF de internação	Unidade Federativa de internação do paciente.	
ID_RG_INTE	Regional de Saúde de Internação Código (IBGE)	Regional de Saúde onde está localizado o Município de internação do paciente.	
CO_RG_INTE	Regional de Saúde de Internação Código (IBGE)	Regional de Saúde onde está localizado o Município de internação do paciente.	
ID_MN_INTE	Município de internação/ Código(IBGE)	Município onde está localizado a Unidade de Saúde onde o paciente internou.	
CO_MU_INTE	Município de internação/ Código(IBGE)	Município onde está localizado a Unidade de Saúde onde o paciente internou.	
NM_UN_INTE	-	-	-
UTI	Internado em UTI?	O paciente foi internado em UTI?	1-Sim 2-Não 9-Ignorado
DT_ENTUTI	Data da entrada na UTI	Data de entrada do paciente na unidade de Terapia intensiva (UTI).	
DT_SAIDUTI	Data da saída da UTI	Data em que o paciente saiu da Unidade de Terapia intensiva (UTI).	
SUPPORT_VEN	Uso de suporte ventilatório?	O paciente fez uso de suporte ventilatório?	1-Sim, invasivo 2-Sim, não invasivo 3-Não 9-Ignorado
RAIOX_RES	Raio X de Tórax	Informar resultado de Raio X de Tórax.	1-Normal 2-Infiltrado intersticial 3-Consolidação 4-Misto 5-Outro 6-Não realizado 9-Ignorado
RAIOX_OUT	Raio X de Tórax/ Outro (especificar)	Informar o resultado do RX de tórax se selecionado a opção 5-Outro.	
DT_RAIOX	Data do Raio X	Se realizou RX de Tórax, especificar a data do exame.	
AMOSTRA	Coletou amostra?	Foi realizado coleta de amostra para realização de teste diagnóstico?	1-Sim 2-Não 9-Ignorado
DT_COLETA	Data da Coleta	Data da coleta da amostra para realização do teste diagnóstico.	
TP_AMOSTRA	Tipo de amostra	Tipo da amostra clínica coletada para o teste diagnóstico.	1-Secreção de Naso-orofaringe 2-Lavado Broco-alveolar 3-Tecido post-mortem 4-Outra, qual? 5-LCR 9-Ignorado
OUT_AMOST	Tipo de amostra/Outra	Descrição do tipo da amostra clínica, caso diferente das listadas nas categorias do campo.	
PCR_RESUL	Resultado da RT-PCR/outro método por Biología Molecular	Resultado do teste de RT-PCR/outro método por Biología Molecular.	1-Detectável 2-Não Detectável 3-Inconclusivo 4-Não Realizado 5-Aguardando Resultado 9-Ignorado
DT_PCR	Data do Resultado RT-PCR/outro método por Biología Molecular	Data do Resultado RT-PCR/outro método por Biología Molecular	
POS_PCRFLU	Agente etiológico – RT-PCR/outro método por Biología Molecular: Positivo para Influenza?	Resultado da RT ₁ PCR foi positivo para Influenza	1-Sim 2-Não 9-Ignorado
TP_FLU_PCR	Agente etiológico – RT-PCR/outro método por Biología Molecular: Se sim, qual Influenza?	Resultado diagnóstico do RT ₁ PCR para o tipo de Influenza.	1-Influenza A 2-Influenza B
PCR_FLUASU	Agente etiológico – RT-PCR/outro método por Biología Molecular: Se Influenza A, qual subtipo?	Subtipo para Influenza A.	1-Influenza A(H1N1)pdm09 2-Influenza A (H3N2) 3-Influenza A não subtipado 4-Influenza A não subtipável 5-Inconclusivo 6-Outro, especifique:
FLUASU_OUT	Agente etiológico – RT-PCR/outro método por Biología Molecular: Se Influenza A, qual subtipo? Outro, especifique:	Outro subtipo para Influenza A.	
PCR_FLUBLI	Agente etiológico – RT-PCR/outro método por Biología Molecular: Se Influenza B, qual linhagem?	Linhagem para Influenza B.	1-Victoria 2-Yamagata 3-Não realizado 4-Inconclusivo 5-Outro, especifique:
FLUBLI_OUT	Agente etiológico – RT-PCR/outro método por Biología Molecular: Se Influenza B, qual linhagem? Outro, especifique:	Outra linhagem para Influenza B.	
POS_PCROUT	Agente etiológico – RT-PCR/outro método por Biología Molecular: Positivo para outros vírus?	Resultado da RT ₁ PCR foi positivo para outro vírus respiratório	1-Sim 2-Não 9-Ignorado
PCR_VSR	Agente etiológico – RT-PCR/outro método por Biología Molecular: VSR	Resultado diagnóstico do RT ₁ PCR para (VSR).	1-marcado pelo usuário Vazio - não marcado
PCR_PARA1	Agente etiológico – RT-PCR/outro método por Biología Molecular: Parainfluenza 1	Resultado diagnóstico do RT ₁ PCR para Parainfluenza 1.	1-marcado pelo usuário Vazio - não marcado
PCR_PARA2	Agente etiológico – RT-PCR/outro método por Biología Molecular: Parainfluenza 2	Resultado diagnóstico do RT ₁ PCR para Parainfluenza 2	1-marcado pelo usuário Vazio - não marcado
PCR_PARA3	Agente etiológico – RT-PCR/outro método por Biología Molecular: Parainfluenza 3	Resultado diagnóstico do RT ₁ PCR para Parainfluenza 3	1-marcado pelo usuário Vazio - não marcado
PCR_PARA4	Agente etiológico – RT-PCR/outro método por Biología Molecular: Parainfluenza 4	Resultado diagnóstico do RT ₁ PCR para Parainfluenza 4	1-marcado pelo usuário Vazio - não marcado
PCR_ADENO	Agente etiológico – RT-PCR/outro método por Biología Molecular: Adenovírus	Resultado diagnóstico do RT ₁ PCR para Adenovírus.	1-marcado pelo usuário Vazio - não marcado
PCR_METAP	Agente etiológico – RT-PCR/outro método por Biología Molecular: Metapneumovírus	Resultado diagnóstico do RT ₁ PCR para Metapneumovírus.	1-marcado pelo usuário Vazio - não marcado
PCR_BOCA	Agente etiológico – RT-PCR/outro método por Biología Molecular: Bocavírus	Resultado diagnóstico do RT ₁ PCR para Bocavírus.	1-marcado pelo usuário Vazio - não marcado

variáveis	nome	descrição	categoria
PCR_RINO	Agente etiológico – RT-PCR/outra método por Biologia Molecular: Rinovírus	Resultado diagnóstico do RT ₁ PCR para Rinovírus.	1-marcado pelo usuário Vazio - não marcado
PCR_OUTRO	Agente etiológico – RT-PCR/outra método por Biologia Molecular: Outro vírus respiratório, especifique:	Resultado diagnóstico do RT ₁ PCR para Outro vírus respiratório.	1-marcado pelo usuário Vazio - não marcado
DS_PCR_OUT	Agente etiológico – RT-PCR/outra método por Biologia Molecular: Outro vírus respiratório (Descrição)	Nome do outro vírus respiratório identificado pelo RT-PCR.	
CLASSI_FIN	Classificação final do caso	Diagnóstico final do caso. Se tiver resultados divergentes entre as metodologias laboratoriais, priorizar o resultado do RT ₁ PCR.	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
CLASSI_OUT	Classificação final do caso 3-SRAG por outro agente etiológico, qual:	Descrição de qual outro agente etiológico foi identificado	1. Laboratorial 2. Clínico Epidemiológico 3. Clínico 4. Clínico Imagem
CRITERIO	Critério de Encerramento	Indicar qual o critério de confirmação.	1. Laboratorial 2. Clínico Epidemiológico 3. Clínico 4. Clínico Imagem
EVOLUCAO	Evolução do caso	Evolução do caso	1-Cura 2-Óbito 3- Óbito por outras causas 9-Ignorado
DT_EVOLUCA	Data da alta ou óbito	Data da alta ou óbito	
DT_ENCERRA	Data do Encerramento	Data do encerramento do caso.	
DT_DIGITA	Data da digitação	Preenchido automaticamente pelo sistema com a data da digitação da ficha. Não é a data de preenchimento da ficha manualmente e sim a data em que é digitado no sistema. Não é atualizada se houver alterações posteriores de dados.	
HISTO_VGM	-	-	-
PAIS_VGM	-	-	-
CO_PS_VGM	-	-	-
LO_PS_VGM	-	-	-
DT_VGM	-	-	-
DT_RT_VGM	-	-	-
PCR_SARS2	-	-	-
PAC_COCBO	Ocupação	Ocupação profissional do paciente - Tabela com código da Ocupação da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO).	
PAC_DSCBO	-	-	-
OUT_ANIM	Paciente trabalha ou tem contato direto com aves, suínos/Outro animal (especificar)	Paciente teve contato direto ou trabalha com outro animal.	
DOR_ABD	Sinais e Sintomas/Dor abdominal	Paciente apresentou dor abdominal?	1-Sim 2-Não 9-Ignorado
FADIGA	Sinais e Sintomas/Fadiga	Paciente apresentou fadiga?	1-Sim 2-Não 9-Ignorado
PERD_OLFT	Sinais e Sintomas/Perda do Olfato	Paciente apresentou perda do olfato?	1-Sim 2-Não 9-Ignorado
PERD_PALA	Sinais e Sintomas/Perda do Paladar	Paciente apresentou perda do paladar?	1-Sim 2-Não 9-Ignorado
TOMO_RES	Aspecto Tomografia	Informar o resultado da tomografia.	1-Típico covid-19 2- Indeterminado covid-19 3- Atípico covid-19 4- Negativo para Pneumonia 5- Outro 6-Não realizado 9-Ignorado
TOMO_OUT	Aspecto Tomografia/Outro (especificar)	Informar o resultado da tomografia se selecionado a opção 5- Outro	
DT_TOMO	Data da Tomografia	Se realizou tomografia, especificar a data do exame.	
TP_TES_AN	Tipo do Teste antigênico	Tipo do teste antigênico que foi realizado.	1-Imunofluorescência (IF) 2- Teste rápido antigênico
DT_RES_AN	Data do resultado teste Antigênico	Data do resultado do teste antigênico.	
RES_AN	Resultado do Teste Antigênico	Resultado do Teste Antigênico	1-positivo 2-Negativo 3- Inconclusivo 4- Não realizado 5-Aguardando resultado 9-Ignorado
POS_AN_FLU	Agente etiológico – Teste Antigênico. Positivo para Influenza?	Resultado do Teste Antigênico que foi positivo para Influenza	1-Sim 2-Não 9-Ignorado
TP_FLU_AN	Agente etiológico – Teste Antigênico. Se sim, qual Influenza?	Resultado do Teste Antigênico, para o tipo de Influenza.	1-Influenza A 2-Influenza B
POS_AN_OUT	Agente etiológico – Teste Antigênico. Positivo para outros vírus?	Resultado do Teste Antigênico, que foi positivo para outro vírus respiratório.	1-Sim 2-Não 9-Ignorado
AN_SARS2	Agente etiológico – Teste Antigênico. SARS-CoV-2	Resultado do Teste Antigênico, para SARS-CoV-2.	1-marcado pelo usuário Vazio - não marcado
AN_VSR	Agente etiológico – Teste Antigênico. VSR	Resultado do Teste Antigênico, para VSR.	1-marcado pelo usuário Vazio - não marcado
AN_PARA1	Agente etiológico – Teste Antigênico. Parainfluenza 1	Resultado do Teste Antigênico, para Parainfluenza 1.	1-marcado pelo usuário Vazio - não marcado
AN_PARA2	Agente etiológico – Teste Antigênico. Parainfluenza 2	Resultado do Teste Antigênico, para Parainfluenza 2	1-marcado pelo usuário Vazio - não marcado
AN_PARA3	Agente etiológico – Teste Antigênico. Parainfluenza 3	Resultado do Teste Antigênico, para Parainfluenza 3	1-marcado pelo usuário Vazio - não marcado
AN_ADENO	Agente etiológico – Teste Antigênico. Adenovírus	Resultado do Teste Antigênico. Adenovírus.	1-marcado pelo usuário Vazio - não marcado
AN_OUTRO	Agente etiológico – Teste Antigênico. Outro vírus respiratório	Resultado do Teste Antigênico. Outro vírus respiratório.	1-marcado pelo usuário Vazio - não marcado
DS_AN_OUT	Agente etiológico – Teste Antigênico. Outro vírus respiratório (Descrição)	Nome do outro vírus respiratório identificado pelo Teste Antigênico.	
TP_AM_SOR	Tipo de Amostra Sorológica para SARS-Cov-2	Tipo de amostra sorológica que foi coletada.	1- Sangue/plasma/soro 2-Outra, qual? 9-Ignorado
SOR_OUT	Tipo de Amostra Sorológica para SARS ₁ Cov-2/Outra, qual?	Descrição do tipo da amostra clínica, caso diferente das listadas na categoria um (1) do campo.	
DT_CO_SOR	Data da coleta	Data da coleta do material para diagnóstico por Sorologia.	
TP_SOR	Tipo de Sorologia para SARS-Cov-2	Tipo do Teste Sorológico que foi realizado	1-Teste rápido 2-Elisa 3- Quimiluminescência 4- Outro, qual
OUT_SOR	Tipo de Sorologia para SARS-Cov-2	Descrição do tipo de Teste Sorológico	
DT_RES	Data do Resultado	Data do Resultado do Teste Sorológico	
RES_IGG	Resultado do Teste Sorológico para SARS-CoV-2:	Resultado da Sorologia para SARS-CoV-2	IgG
RES_IGM	Resultado do Teste Sorológico para SARS-CoV-2:	Resultado da Sorologia para SARS-CoV-2	IgM
RES_IGA	Resultado do Teste Sorológico para SARS-CoV-2:	Resultado da Sorologia para SARS-CoV-3	IgA
POV_CT	É membro de povo ou comunidade tradicional?	Informar se o paciente for membro de algum povo ou comunidade tradicional	1-Sim 2-Não
TP_POV_CT	Se sim, qual?	Informar o povo ou comunidade tradicional	
TEM_CPF	Tem CPF?	Informar se o paciente notificado dispõe de Número do Cadastro de Pessoa Física (CPF)	1- Sim 2-Não
ESTRANG	É estrangeiro?	Informar se o paciente é estrangeiro	1-Sim 2-Não
VACINA_COV	Recebeu vacina COVID-19?	Informar se o paciente recebeu vacina COVID-19, após verificar a documentação / caderneta.	1-Sim 2-Não 9-Ignorado
DOSE_1_COV	Data 1ª dose da vacina COVID-19	Informar a data em que o paciente recebeu a 1ª dose da vacina COVID-19	
DOSE_2_COV	Data 2ª dose da vacina COVID-19	Informar a data em que o paciente recebeu a 2ª dose da vacina COVID-19	
DOSE_REF	Data da dose reforço da vacina COVID-19	Informar a data em que o paciente recebeu a dose reforço	

variaveis	nome	descricao	categoria
DOSE_2REF	Data da 2ª dose reforço da vacina COVID-19	Informar a data em que o paciente recebeu a 2ª dose reforço	
DOSE_ADIC	Data da dose adicional da vacina COVID-19	Informar a data em que o paciente recebeu a dose adicional da vacina COVID-19	
DOS_RE_BI	Data dose reforço bivalente COVID-19	Informar a data em que o paciente recebeu a dose reforço bivalente COVID-19	
FAB_COV_1	-	-	-
FAB_COV_2	-	-	-
FAB_COVRF	Fabricante dose reforço da vacina COVID-19	Informar o fabricante da vacina, que o paciente recebeu na dose reforço	
FAB_COVRF2	Fabricante 2ª dose reforço da vacina COVID-19	Informar o fabricante da vacina, que o paciente recebeu na 2ª dose reforço	
FAB_ADIC	Fabricante dose adicional da vacina COVID-19	Informar o fabricante da vacina, que o paciente recebeu na dose adicional	
FAB_RE_BI	Fabricante dose reforço bivalente COVID-19	Informar o fabricante da vacina, que o paciente recebeu na dose reforço bivalente	
LOTE_1_COV	Lote da vacina COVID-19: Lote 1ª Dose	Informar o Lote da 1ª dose da vacina COVID-19, que o paciente recebeu	
LOTE_2_COV	Lote da vacina COVID-19: Lote dose reforço	Informar o Lote da dose reforço da vacina COVID-19, que o paciente recebeu	
LOTE_REF	-	-	-
LOTE_REF2	Lote da vacina COVID-19: Lote 2ª dose reforço	Informar o Lote da 2ª dose reforço da vacina COVID-19, que o paciente recebeu	
LOTE_ADIC	Lote da vacina COVID-19 Dose adicional	Informar o Lote da dose adicional da vacina COVID-19, que o paciente recebeu	
LOT_RE_BI	Lote da vacina COVID-19 Dose reforço bivalente	Informar o Lote da dose reforço bivalente da vacina COVID-19, que o paciente recebeu	
FNT_IN_COV	Fonte dos dados/informação sobre a vacina COVID-19		1- Manual 2- Integração
TRAT_COV	Recebeu tratamento antiviral para covid-19?	Fez uso de antiviral para tratamento de covid-19?	1-Sim 2-Não 9-Ignorado
TIPO_TRAT	Qual antiviral?	Se foi feito uso de antiviral para tratamento de covid-19, informar qual, conforme relação disponível.	1-Nirmatrevir/ritonavir (Paxlovid ®) 2- Molnupiravir(Lagevrio®) 3- Baricitinibe (Olumiant®) 4- Outro, especifique
DT_TRT_COV	Data do início do tratamento	Data em que foi iniciado o tratamento com o antiviral, para tratamento de covid-19.	
OUT_TRAT	Qual antiviral /Outro, especifique	Se o antiviral utilizado não foi, 1- Nirmatrevir/ritonavir (Paxlovid ®) 2- Molnupiravir (Lagevrio®) 3- Baricitinibe (Olumiant®), informar qual antiviral foi utilizado.	
SURTO_SG	Faz parte de uma cadeia de surto de SG?	O caso faz parte de uma cadeia de surto de SG.	1-Sim 2-Não 9-Ignorado
CO_DETEC	-	-	-
VG_OMS	Designação da variante (OMS)	Denominação da variante identificada de acordo com a designação da Organização Mundial da Saúde (OMS).	1- Ômicron 2- Delta 3- Alfa 4- Beta 5- Gama 6- Recombinante (Exemplos: XE, XF, XQ, XS...) 7- Outra, especifique:
VG_OMSOUT	Designação da variante (OMS): Outra, especifique:	Denominação de novas variantes, que ainda não constam na relação disponível.	
VG_LIN	Linhagem da variante	Especificação da linhagem identificada no resultado do sequenciamento genômico.	
VG_MET	Método laboratorial mais recente	Metodologia laboratorial que foi realizada mais recente	1- Sequenciamento genômico completo 2- Sequenciamento genômico parcial 3. RT-PCR em tempo real de inferência 4- Outro, especifique
VG_METOUT	Método laboratorial mais recente: Outro, especifique		
VG_DTRES	Data do resultado	Código Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES).	
VG_ENC	Encerramento do caso (para VOC, VOI ou VUM)	Encerramento do caso conforme orientações na Nota Técnica (NT) 11.129/2021- CGPNI/DEIDT/SVS/ MS.	1- Confirmado por Sequenciamento genômico completo 2- Provável por Sequenciamento genômico parcial) 3- Sugestivo por RT-PCR de inferência 4- Sugestivo por vínculo epidemiológico 5- Descartado
VG_REINF	Possível caso de reinfecção por covid-19?	Possível caso de reinfecção (paciente com registro anterior positivo para covid-19, com intervalo maior ou igual a 90 dias).	1-Sim 2-Não 9-Ignorado
VG_CODEST	-	-	-
REINF	-	-	-