MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Nº

SIVEP Gripe
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DA GRIPE

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 O_2 < 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 da SRAG: ____|____|_____

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: __|__|__ 1-Dia 2-Mês 3-Ano |__|

11 Gestante: |__| 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4-Idade Gestacional Ignorada 5-Não 6-Não se aplica 9-Ignorado

12 Raça/Cor: |__| 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9-Ignorado

13 Se indígena, qual etnia? _____

14 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

15 Nome da mãe: _____

Dados de residência

16 CEP: __|__|__|__|__ - __|__|__

17 UF: __|__ 18 Município: _____ Código (IBGE): __|__|__|__|__|__|__

19 Bairro: _____ 20 Logradouro (Rua, Avenida, etc.): _____ 21 Nº: _____

22 Complemento (apto, casa, etc...): _____ 23 (DDD) Telefone: __|__ - __|__|__|__|__|__|__|__|__

24 Zona: |__| 1-Urbana 2-Rural 3-Periurbana 9-Ignorado 25 País: (se residente fora do Brasil) _____

Dados Clínicos e Epidemiológicos

26 Paciente tem histórico de viagem internacional até 14 dias antes do início dos sintomas? |_| 1-Sim 2-Não 9-Ign

27 Se sim: Qual país? _____ 28 Em qual local? _____

29 Data da viagem: ___|___|____ 30 Data do retorno: ___|___|____

31 É caso proveniente de surto de SG que evoluiu para SRAG? |__| 1-Sim 2-Não 9-Ignorado

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 ou suínos? |__| 1-Sim 2-Não 9-ignorado

34 Sinais e Sintomas: 1-Sim 2-Não 9-ignorado
|__| Febre |__| Tosse |__| Dor de Garganta |__| Dispneia |__| Desconforto Respiratório
|__| Saturação O_2< 95% |__| Diarreia |__| Vômito |__| Outros_____

35 Possui fatores de risco/comorbidades? |__| 1-Sim 2-Não 9-Ignorado

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 _____

36 Recebeu vacina contra Gripe na última campanha? |__| 1-Sim 2-Não 9-Ignorado

37 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 1ª dose: ____|____|_____ (1ª dose para crianças vacinadas pela primeira vez)
Data da 2ª dose: ____|____|_____ (2ª dose para crianças vacinadas pela primeira vez)

Dados de Atendimento

38 Usou antiviral para gripe? |__|
1-Sim 2-Não 9-Ignorado

39 Qual antiviral? |__|
1-Oseltamivir 2-Zanamivir
3-Outro, especifique:_____

40 Data início do tratamento
____|____|_____

41 Houve internação? |__|
1-Sim 2-Não 9-Ignorado

42 Data da internação por SRAG:
____|____|_____

43 UF de internação:
__|__

44 Município de internação:
_____
Código (IBGE):
__|__|__|__|__|__|__

45 Unidade de Saúde de internação:
_____
Código (CNES):
__|__|__|__|__|__|__

46 Internado em UTI? |__|
1-Sim 2-Não 9-Ignorado

47 Data da entrada na UTI:
____|____|_____

48 Data da saída da UTI:
____|____|_____

49 Uso de suporte ventilatório: |__|
1-Sim, invasivo 2-Sim, não invasivo
3-Não 9-Ignorado

50 Raio X de Tórax: |__|
1-Normal 2-Inflitrado intersticial 3-Consolidação
4-Misto 5-Outro:_____
6-Não realizado 9-Ignorado

51 Data do Raio X:
____|____|_____

52 Coletou amostra? |__|
1-Sim 2-Não 9-Ignorado

53 Data da coleta:
____|____|_____

54 Tipo de amostra: |__|
1-Secreção de Naso-orofaringe 2-Lavado Broco-alveolar
3-Tecido *post-mortem* 4-Outra, qual? _____
9-Ignorado

Dados Laboratoriais

55 Nº Requisição do GAL: _____

56 Resultado da IF/outro método que não seja Biologia Molecular: |__|
1-Positivo 2-Negativo 3-Inconclusivo 4-Não realizado
5-Aguardando resultado 9-Ignorado

57 Data do resultado da IF/outro método que não seja Biologia Molecular:
____|____|_____

58 Agente Etiológico – IF/outro método que não seja Biologia Molecular:

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)
|__| Vírus Sincicial Respiratório |__| Parainfluenza 1 |__| Parainfluenza 2 |__| Parainfluenza 3 |__| Adenovírus
|__| Outro vírus respiratório, especifique: _____

59 Laboratório que realizou IF/outro método que não seja Biologia Molecular:
_____
Código (CNES):
__|__|__|__|__|__|__

60 Resultado da RT-PCR/outro método por Biologia Molecular: |__|
1-Detectável 2-Não Detectável 3-Inconclusivo 4-Não realizado 5-Aguardando resultado 9-Ignorado

61 Data do resultado RT-PCR/outro método por Biologia Molecular:
____|____|_____

62 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-Yamagatha 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)
|__| Vírus Sincicial Respiratório |__| Parainfluenza 1 |__| Parainfluenza 2 |__| Parainfluenza 3 |__| Parainfluenza 4
|__| Adenovírus |__| Metapneumovírus |__| Bocavírus |__| Rinovírus
|__| Outro vírus respiratório, especifique: _____

63 Laboratório que realizou RT-PCR/outro método por Biologia Molecular:
_____
Código (CNES):
__|__|__|__|__|__|__

Conclusão

64 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

65 Critério de Encerramento: |__|
1-Laboratorial
2-Vínculo-Epidemiológico
3-Clínico

66 Evolução do Caso: |__|
1-Cura 2-Óbito 9-Ignorado

67 Data da alta ou óbito:
____|____|_____

68 Data do Encerramento:
____|____|_____

69 OBSERVAÇÕES:

70 Profissional de Saúde Responsável:
_____

71 Registro Conselho/Matrícula:
__|__|__|__|__|__|__