



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<sub>2</sub> < 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-Masculino 2-Feminino 9-Ignorado	
	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	É caso proveniente de surto de SG que evoluiu para SRAG? _____ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado				
	27	Trata-se de caso nosocomial (infecção adquirida no hospital)? _____ 1-Sim 2-Não 9-ignorado				
	28	Paciente trabalha ou tem contato direto com aves ou suínos? _____ 1-Sim 2-Não 9-ignorado				
	29	Sinais e Sintomas: 1-Sim 2-Não 9-ignorado _____  Febre _____  Tosse _____  Dor de Garganta _____  Dispneia _____  Desconforto Respiratório _____  Saturação O <sub>2</sub> <95% _____  Diarreia _____  Vômito _____  Outros _____				
	30	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 <i>mellitus</i> _____  Doença Neurológica Crônica _____  _____  Outra Pneumopatia Crônica _____  Imunodeficiência/Imunodepressão _____  Doença Renal Crônica _____  _____  Obesidade, IMC _____ _____  Outros _____				
	31	Recebeu vacina contra Gripe na última campanha?		32		Data da vacinação:
	_____  1-Sim 2-Não 9-Ignorado		_____			
	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	33	Usou antiviral para gripe?  __  1-Sim 2-Não 9-Ignorado	34	Qual antiviral?  __  1-Oseltamivir 2-Zanamivir 3-Outro, especifique: _____	35	Data início do tratamento ____ ____ ____
	36	Houve internação?  __  1-Sim 2-Não 9-Ignorado	37	Data da internação por SRAG: ____ ____ ____	38	UF de internação: ____ __
	39	Município de internação: _____			Código (IBGE): __ __ __ __ __ __	
	40	Unidade de Saúde de internação: _____			Código (CNES): __ __ __ __ __ __	
	41	Internado em UTI?  __  1-Sim 2-Não 9-Ignorado	42	Data da entrada na UTI: ____ ____ ____	43	Data da saída da UTI: ____ ____ ____
	44	Uso de suporte ventilatório:  __  1-Sim, invasivo 2-Sim, não invasivo 3-Não 9-Ignorado	45	Raio X de Tórax:  __  1-Normal 2-Infiltrado intersticial 3-Consolidação 4-Misto 5-Outro: _____ 6-Não realizado 9-Ignorado	46	Data do Raio X: ____ ____ ____
	47	Coletou amostra?  __  1-Sim 2-Não 9-Ignorado	48	Data da coleta: ____ ____ ____	49	Tipo de amostra:  __  1-Secreção de Naso-orofaringe 2-Lavado Broco-alveolar 3-Tecido <i>post-mortem</i> 4-Outra, qual? _____ 9-Ignorado

Dados Laboratoriais	50	Nº Requisição do GAL: _____				
	51	Resultado da IF/outro método que não seja Biologia Molecular:  __  1-Positivo 2-Negativo 3-Inconclusivo 4-Não realizado 5-Aguardando resultado 9-Ignorado	52	Data do resultado da IF/outro método que não seja Biologia Molecular: ____ ____ ____		
	53	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 Sincial Respiratório  __  Parainfluenza 1  __  Parainfluenza 2  __  Parainfluenza 3  __  Adenovírus  __  Outro vírus respiratório, especifique: _____				
	54	Laboratório que realizou IF/outro método que não seja Biologia Molecular: _____			Código (CNES): __ __ __ __ __ __	
	55	Resultado da RT-PCR/outro método por Biologia Molecular:  __  1-Detectável 2-Não Detectável 3-Inconclusivo 4-Não realizado 5-Aguardando resultado 9-Ignorado	56	Data do resultado RT-PCR/outro método por Biologia Molecular: ____ ____ ____		
	57	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 Sincial Respiratório  __  Parainfluenza 1  __  Parainfluenza 2  __  Parainfluenza 3  __  Parainfluenza 4  __  Adenovírus  __  Metapneumovírus  __  Bocavírus  __  Rinovírus  __  Outro vírus respiratório, especifique: _____				
58	Laboratório que realizou RT-PCR/outro método por Biologia Molecular: _____			Código (CNES): __ __ __ __ __ __		

Conclusão	59	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	60	Critério de Encerramento:  __  1-Laboratorial 2-Vínculo-Epidemiológico 3-Clinico	
	61	Evolução do Caso:  __  1-Cura 2-Óbito 9-Ignorado	62	Data da alta ou óbito: ____ ____ ____	63

64	OBSERVAÇÕES: _____ _____				
65	Profissional de Saúde Responsável: _____			66	Registro Conselho/Matrícula: ____ ____ ____ ____ ____ ____