



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 1 ^{os} sintomas da SRAG: _____				
3	UF: _____	4	Município: _____		Código (IBGE): _____				
5	Unidade de Saúde: _____				Código (CNES): _____				
Dados do Paciente	6	CNS 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: _____ 1-1 ^o Trimestre 2-2 ^o Trimestre 3-3 ^o 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 1 ^o ciclo (1 ^a a 5 ^a série) 2-Fundamental 2 ^o ciclo (6 ^a a 9 ^a série) 3-Médio (1 ^o ao 3 ^o 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 com infecção de SRAG adquirida após internação hospitalar? _____ 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 ₂ < 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? _____ _____ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado				32	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 1 ^a dose: _____ (1 ^a dose para crianças vacinadas pela primeira vez) Data da 2 ^a dose: _____ (2 ^a dose para crianças vacinadas pela primeira vez)								

