



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: __
			1-Dia 2-Mês 3-Ano __		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 Ocupação: _____			16 Nome da mãe: _____		
Dados de residência	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: __ 1-Urbana 2-Rural 3-Periurbana 9-Ignorado			26 País: (se residente fora do Brasil) _____	
	27 Paciente tem histórico de viagem internacional até 14 dias antes do início dos sintomas? __ 1-Sim 2-Não 9-Ign				
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? __ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado					
33 Trata-se de caso nosocomial (infecção adquirida no hospital)? __ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado					
34 Paciente trabalha ou tem contato direto com aves ou suínos? __ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado					
Dados Clínicos e Epidemiológicos	35 Sinais e Sintomas: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado				
	__ Febre __ Tosse __ Dor de Garganta __ Dispneia __ Desconforto Respiratório				
	__ Saturação O ₂ < 95% __ Diarreia __ Vômito __ Outros _____				
	36 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 _____				
37 Recebeu vacina contra Gripe na última campanha?			38 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	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"/> <input type="checkbox"/> 1-Osetamivir 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"/> <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"/> <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"/> <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"/> <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-Clínico
	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: ____ ____ ____	69	Data do Encerramento: ____ ____ ____
70	OBSERVAÇÕES:					
71	Profissional de Saúde Responsável: _____			72	Registro Conselho/Matrícula: ____ ____ ____ ____ ____ ____	