

CASO DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE (SRAG-HOSPITALIZADO): Indivíduo com *SG que apresente: dispneia/desconforto respiratório OU pressão persistente no tórax OU saturação de O₂ menor que 95% em ar ambiente OU coloração azulada dos lábios ou rosto. (*SG: Indivíduo com quadro respiratório agudo, caracterizado por pelo menos dois (2) dos seguintes sinais e sintomas: febre (mesmo que referida), calafrios, dor de garganta, dor de cabeça, tosse, coriza, distúrbios olfativos ou gustativos). Para efeito de notificação no Sivep-Gripe, devem ser considerados os casos de SRAG hospitalizados ou os óbitos por SRAG independente de hospitalização.

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	
	12	Raça/Cor: __ 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9-Ignorado						6-Não se aplica 9-Ignorado		
	13	Se indígena, qual etnia? _____								
	14	É membro de povo ou comunidade tradicional? (Marcar X) __ Sim __ Não				15	Se sim, qual? _____			
16	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									
17	Ocupação: _____			18	Nome da mãe: _____					
Dados de residência	19	CEP: __/__/__-__/__								
	20	UF: __/__/__	21	Município: _____		Código (IBGE): __/__/__/__/__				
	22	Bairro: _____		23	Logradouro (Rua, Avenida, etc.): _____		24	Nº: _____		
	25	Complemento (apto, casa, etc.): _____				26	(DDD) Telefone: _____			
	27	Zona: __ 1-Urbana 2-Rural 3-Periurbana 9-Ignorado			28	País: (se residente fora do Brasil) _____				
Dados Clínicos e Epidemiológicos	29	Paciente tem histórico de viagem internacional até 14 dias antes do início dos sintomas? __ 1-Sim 2-Não 9-Ign								
	30	Se sim: Qual país? _____			31	Em qual local? _____				
	32	Data da viagem: __/__/__			33	Data do retorno: __/__/__				
	34	É caso proveniente de surto de SG que evoluiu para SRAG? __ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado								
	35	Trata-se de caso nosocomial (infecção adquirida no hospital)? __ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado								
	36	Paciente trabalha ou tem contato direto com aves, suínos, ou outro animal? __ 1-Sim 2-Não __ 3- Outro, qual _____ 9-Ignorado								
	37	Sinais e Sintomas: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado __ Febre __ Tosse __ Dor de Garganta __ Dispneia __ Desconforto Respiratório __ Saturação O ₂ < 95% __ Diarreia __ Vômito __ Dor abdominal __ Fadiga __ Perda do olfato __ Perda do paladar __ Outros _____								
	38	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 _____								
	39	Recebeu vacina contra Gripe na última campanha? __ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado				40	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	41	Usou antiviral para gripe? _ _ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	42	Qual antiviral? _ _ 1-Osetamivir 2-Zanamivir 3-Outro, especifique: _____	43	Data início do tratamento ____ ____ ____
	44	Houve internação? _ _ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	45	Data da internação por SRAG: ____ ____ ____	46	UF de internação: ____ ____
	47	Município de internação: _____	Código (IBGE): _ _ _ _ _ _ _ _			
	48	Unidade de Saúde de internação: _____	Código (CNES): _ _ _ _ _ _ _ _			
	49	Internado em UTI? _ _ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	50	Data da entrada na UTI: ____ ____ ____	51	Data da saída da UTI: ____ ____ ____
	52	Uso de suporte ventilatório: _ _ 1-Sim, invasivo 2-Sim, não invasivo 3-Não 9-Ignorado	53	Raio X de Tórax: _ _ 1-Normal 2-Infiltrado intersticial 3-Consolidação 4-Misto 5-Outro: _____ 6-Não realizado 9-Ignorado	54	Data do Raio X: ____ ____ ____
	55	Aspecto Tomografia _ _ 1-Típico COVID-19 2- Indeterminado COVID-19 3- Atípico COVID-19 4-Negativo para Pneumonia 5-Outro 6-Não realizado 9-Ignorado			56	Data da tomografia: ____ ____ ____
	57	Coletou amostra _ _ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	58	Data da coleta: ____ ____ ____	59	Tipo de amostra: _ _ 1-Secreção de Naso-orofaringe 2-Lavado Bronco-alveolar 3-Tecido <i>post-mortem</i> 4-Outra, qual? _____ 5-LCR 9-Ignorado
Dados Laboratoriais	60	Nº Requisição do GAL: _____			61	Tipo do teste para pesquisa de antígenos virais: _ _ 1- Imunofluorescência (IF) 2- Teste rápido antigênico
	62	Data do resultado da pesquisa de antígenos: ____ ____ ____			63	Resultado da Teste antigênico: _ _ 1-positivo 2- Negativo 3- Inconclusivo 4-Não realizado 5-Aguardando resultado 9-Ignorado
	64	Laboratório que realizou o Teste antigênico: _____				Código (CNES): ____ ____ ____ ____ ____ ____
	65	Agente Etiológico - Teste antigênico: 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) _ _ SARS-CoV-2 _ _ Vírus Sincial Respiratório _ _ Parainfluenza 1 _ _ Parainfluenza 2 _ _ Parainfluenza 3 _ _ Adenovírus _ _ Outro vírus respiratório, especifique: _____				
	66	Resultado da RT- PCR/outra método por Biologia Molecular: _ _ 1-Detectável 2-Não Detectável 3-Inconclusivo 4-Não realizado 5-Aguardando resultado 9-Ignorado			67	Data do resultado RT-PCR/outra método por Biologia Molecular: ____ ____ ____
	68	Agente Etiológico - RT-PCR/outra 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-Yamagata 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) _ _ SARS-CoV-2 _ _ Vírus Sincial Respiratório _ _ Parainfluenza 1 _ _ Parainfluenza 2 _ _ Parainfluenza 3 _ _ Parainfluenza 4 _ _ Adenovírus _ _ Metapneumovírus _ _ Bocavírus _ _ Rinovírus _ _ Outro vírus respiratório, especifique: _____				
	69	Laboratório que realizou RT-PCR/outra método por Biologia Molecular: _____				Código (CNES): ____ ____ ____ ____ ____ ____
	70	Tipo de amostra sorológica para SARS-Cov-2: _ _ 1- Sangue/plasma/soro 2-Outra, qual? _____ 9-Ignorado			71	Data da coleta: ____ ____ ____
	72	Tipo de Sorologia para SARS-Cov-2: _ _ 1-Teste rápido 2-Elisa 3 Quimiluminescência 4- Outro, qual? _____ Resultado do Teste Sorológico para SARS-CoV-2: _ _ IgG _ _ IgM _ _ IgA 1-Positivo 2-Negativo 3- Inconclusivo 4-Não realizado 5-Aguarda resultado 9 Ignorado			73	Data do resultado: ____ ____ ____
	Conclusão	74	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 5-SRAG por COVID-19			75
76		Evolução do Caso: _ _ 1-Cura 2-Óbito 3-Óbito por outras Causas 9-Ignorado		77	Data da alta ou óbito: ____ ____ ____	78
79	Número D.O: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ - _ _					
80	OBSERVAÇÕES:					
81	Profissional de Saúde Responsável: _____			82	Registro Conselho/Matrícula: ____ ____ ____ ____ ____ ____	