

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 1 ^o s sintomas _____ _____ _____														
	3	UF: ____ ____	4	Município: _____		Código (IBGE): ____ ____ ____ ____ ____ ____														
Dados do Paciente	5				Unidade de Saúde: _____				Código (CNES): ____ ____ ____ ____ ____ ____											
	6	Tem CPF? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não			7	CPF: ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____														
		8	Estrangeiro <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não																	
	9				Cartão Nacional de Saúde (CNS): ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____															
	10				Nome: _____				11		Sexo: <input type="checkbox"/> 1- Masc. 2- Fem. 9- Ign									
	12		Data de nascimento: ____ ____ ____		13		(Ou) Idade: ____ ____ ____		14		Gestante: <input type="checkbox"/>									
			1-Dia 2-Mês 3-Ano <input type="checkbox"/>				1-1 ^o Trimestre 2-2 ^o Trimestre 3-3 ^o Trimestre 4-Idade Gestacional Ignorada 5-Não 6-Não se aplica 9-Ignorado													
	15				Raça/Cor: <input type="checkbox"/> 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9-Ignorado				17				É membro de povo ou comunidade tradicional? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não				18		Se sim, qual? _____	
	16				Se indígena, qual etnia? _____				19		Escolaridade: <input type="checkbox"/> 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									
	20				Ocupação: _____				21		Nome da mãe: _____									
	Dados de residência	22				CEP: ____ ____ ____ ____ ____ - ____ ____ ____														
		23		UF: ____ ____		24		Município: _____		Código (IBGE): ____ ____ ____ ____ ____ ____										
25		Bairro: _____		26		Logradouro (Rua, Avenida, etc.): _____		27		Nº: _____										
28				Complemento (apto, casa, etc...): _____				29				(DDD) Telefone: ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____								
30		Zona: <input type="checkbox"/> 1-Urbana 2-Rural 3-Periurbana 9-Ignorado		31		País: (se residente fora do Brasil) _____														
Dados Clínicos e Epidemiológicos	32				Trata-se de caso nosocomial (infecção adquirida no hospital)? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-ignorado															
	33				Paciente trabalha ou tem contato direto com aves, suínos, ou outro animal? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não <input type="checkbox"/> 3- Outro, qual _____ 9-ignorado															
	34				Sinais e Sintomas: 1-Sim 2-Não 9-ignorado <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Dor de Garganta <input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Desconforto Respiratório <input type="checkbox"/> Saturação O ₂ < 95% <input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Vômito <input type="checkbox"/> Dor abdominal <input type="checkbox"/> Fadiga <input type="checkbox"/> Perda do olfato <input type="checkbox"/> Perda do paladar <input type="checkbox"/> Outros _____															
	35				Possui fatores de risco/comorbidades? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se sim, qual(is)? (Marcar X) <input type="checkbox"/> Puérpera (até 45 dias do parto) <input type="checkbox"/> Doença Cardiovascular Crônica <input type="checkbox"/> Doença Hematológica Crônica <input type="checkbox"/> Síndrome de Down <input type="checkbox"/> Doença Hepática Crônica <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> Doença Neurológica Crônica <input type="checkbox"/> Outra Pneumopatia Crônica <input type="checkbox"/> Imunodeficiência/Imunodepressão <input type="checkbox"/> Doença Renal Crônica <input type="checkbox"/> Obesidade, IMC ____ <input type="checkbox"/> Outros _____															
	36		Recebeu vacina COVID-19? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado		37		Data da dose vacina COVID-19: Data da 1 ^a dose: ____ ____ ____ Data da 2 ^a dose: ____ ____ ____ Data da dose reforço: ____ ____ ____													
	38		Fabricante vacina COVID-19: Fabricante 1 ^a dose: _____ Fabricante 2 ^a dose: _____ Fabricante dose reforço: _____		39		Lote da vacina COVID-19: Lote 1 ^a dose _____ Lote 2 ^a dose _____ Lote dose Reforço _____													
	40		Recebeu vacina contra Gripe na última campanha? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado		41		Data da vacinação: ____ ____ ____													
Se < 6 meses: a mãe recebeu a vacina? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado				Se sim, data: ____ ____ _____				a mãe amamenta a criança? <input type="checkbox"/> 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)																

Dados de Atendimento	42	Usou antiviral para gripe? _ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	43	Qual antiviral? _ 1-Osetamivir 2-Zanamivir 3-Outro, especifique: _____	44	Data início do tratamento: _ _ _ _ _ _ _ _		
	45	Houve internação? _ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	46	Data da internação por SRAG: _ _ _ _ _ _ _ _	47	UF de internação: _ _		
	48	Município de internação: _____			Código (IBGE): _ _ _ _ _ _ _ _			
	49	Unidade de Saúde de internação: _____			Código (CNES): _ _ _ _ _ _ _ _			
	50	Internado em UTI? _ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	51	Data da entrada na UTI: _ _ _ _ _ _ _ _	52	Data da saída da UTI: _ _ _ _ _ _ _ _		
	53	Uso de suporte ventilatório: _ _ 1-Sim, invasivo 2-Sim, não invasivo 3-Não 9-Ignorado	54	Raio X de Tórax: _ 1-Normal 2-Infiltrado intersticial 3-Consolidação 4-Misto 5-Outro: _____ 6-Não realizado 9-Ignorado	55	Data do Raio X: _ _ _ _ _ _ _ _		
	56	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			57	Data da tomografia: _ _ _ _ _ _ _ _		
	58	Coletou amostra _ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	59	Data da coleta: _ _ _ _ _ _ _ _	60	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	61	Nº Requisição do GAL: _____		62	Tipo do teste para pesquisa de antígenos virais: _ 1- Imunofluorescência (IF) 2- Teste rápido antigênico			
	63	Data do resultado da pesquisa de antígenos: _ _ _ _ _ _ _ _		64	Resultado da Teste antigênico: _ 1-positivo 2-Negativo 3- Inconclusivo 4-Não realizado 5-Aguardando resultado 9-Ignorado			
	65	Laboratório que realizou o Teste antigênico: _____			Código (CNES): _ _ _ _ _ _ _ _			
	66	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 Sincicial Respiratório _ Parainfluenza 1 _ Parainfluenza 2 _ Parainfluenza 3 _ Adenovírus _ Outro vírus respiratório, especifique: _____						
	67	Resultado da RT- PCR/outra método por Biologia Molecular: _ 1-Detectável 2-Não Detectável 3-Inconclusivo 4-Não realizado 5-Aguardando resultado 9-Ignorado		68	Data do resultado RT-PCR/outra método por Biologia Molecular: _ _ _ _ _ _ _ _			
	69	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-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) _ SARS-CoV-2 _ Vírus Sincicial Respiratório _ Parainfluenza 1 _ Parainfluenza 2 _ Parainfluenza 3 _ Parainfluenza 4 _ Adenovírus _ Metapneumovírus _ Bocavírus _ Rinovírus _ Outro vírus respiratório, especifique: _____						
	70	Laboratório que realizou RT-PCR/outra método por Biologia Molecular: _____			Código (CNES): _ _ _ _ _ _ _ _			
71	Tipo de amostra sorológica para SARS-Cov-2: _ 1- Sangue/plasma/soro 2-Outra, qual? _____ 9-Ignorado			72	Data da coleta: _ _ _ _ _ _ _ _			
73	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			74	Data do resultado: _ _ _ _ _ _ _ _			
Conclusão	75	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			76	Critério de Encerramento: _ 1- Laboratorial 2- Clínico Epidemiológico 3- Clínico 4- Clínico-Imagem		
	77	Evolução do Caso: _ 1- Cura 2-Óbito 3-Óbito por outras Causas 9-Ignorado		78	Data da alta ou óbito: _ _ _ _ _ _ _ _		79	Data do Encerramento: _ _ _ _ _ _ _ _
80	Número D.O: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ - _ _							
81	OBSERVAÇÕES:							
82	Profissional de Saúde Responsável: _____				83	Registro Conselho/Matrícula: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		