

FICHA DE REGISTRO INDIVIDUAL - DESTINADA PARA UNIDADES COM INTERNAÇÃO

**SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE (SRAG) - INTERNADA OU ÓBITO POR SRAG CID - J11****VIGILÂNCIA DE INFLUENZA POR MEIO DE SRAG-INTERNADA OU ÓBITO POR SRAG:**indivíduo de qualquer idade, INTERNADO com SÍNDROME GRIPAL<sup>1</sup> e que apresente Dispneia OU Saturação de O<sub>2</sub> <95% OU Desconforto Respiratório. Deve ser registrado o óbito por SRAG independente de internação.**DADOS DA UNIDADE DE SAÚDE, DO INDIVÍDUO E DE SUA RESIDÊNCIA**

1. Data do preenchimento	2. UF	3. Município de registro do caso	Código (IBGE)
4. Unidade de Saúde de identificação do caso (hospital, PS, UPA, policlínica)	Código (CNES)	5. Data dos Primeiros Sintomas	
6. Nome	7. Número do Cartão SUS		
8. Data de Nascimento	9. (ou) Idade	10. Sexo	11. Gestante
12. Raça/Cor	13. Escolaridade	14. Nome da Mãe	
15. UF	16. Município de Residência	Código (IBGE)	17. Distrito
18. Bairro	19. Logradouro (rua, avenida,...)	Código	
20. Número	21. Complemento (edifício, apartamento, casa, ...)		
22. Ponto de Referência			23. CEP
24. (DDD) Telefone	25. Zona	26. País (se residente fora do Brasil)	

**ANTECEDENTES E HISTÓRICO DA INTERNAÇÃO OU DO ÓBITO**

27. Recebeu Vacina contra Gripe nos últimos 12 meses?	28. Se sim, data da última dose				
29. Principais sinais e sintomas	30. Fatores de Risco				
31. Uso de antiviral?	32. Data de início do tratamento				
33. Ocorreu internação?	34. Data da internação	35. UF	36. Município da unidade de internação	Código (IBGE)	
37. Nome da unidade de saúde da internação (Hospital, Pronto-Socorro, UPA, Policlínica)				Código (CNES)	
38. Raio X de Tórax (registrar preferencialmente o mais sugestivo para o diagnóstico de SRAG)				39. Data do Raio X	
40. Fez uso de suporte ventilatório?					
41. Foi Internado em Unidade de Terapia Intensiva?				42. Data de entrada na UTI	43. Data de saída na UTI

## DADOS LABORATORIAIS

44. Coletou que tipo de amostra?

1. Não coletou 2. Secreção de oro e nasofaringe 3. Tecido post-mortem  
4. Lavado Bronco-alveolar 5. Outro, especifique: \_\_\_\_\_  
9- Ignorado

45. Data da Coleta

46. Metodologia realizada: 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

IFI

Data do Resultado - IFI

RT-PCR

Tipo de RT-PCR:

1. Convencional 2. Em tempo real

Data do Resultado - RT-PCR

Outro método, especifique (ex. cultura):

Data do Resultado do outro método

47. Diagnóstico Etiológico:

- 1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Inconclusivo 4 - Não realizado

Influenza A — Se positivo para influenza A, qual subtipo: 1- Influenza A(H1N1)pdm09 2- Influenza A/H1 sazonal 3- Influenza A/H3 sazonal

Influenza B 4- Influenza A não subtipado 5- Influenza A/H3N2v

Influenza B

6- Outro subtipo de Influenza A, especifique: \_\_\_\_\_

Outros agentes etiológicos respiratórios:

Vírus Sincicial Respiratório (VSR)  Parainfluenza 1  Parainfluenza 2  Parainfluenza 3  Adenovírus

Outro vírus ou agente etiológico, especifique: \_\_\_\_\_

## CONCLUSÃO

48. Classificação final da SRAG - Internada ou Óbito por SRAG

1. SRAG por Influenza 2. SRAG por outros vírus respiratórios

3. SRAG por outros agentes etiológicos, especifique: \_\_\_\_\_

4. SRAG não especificada

49. Critério de Confirmação

1. Laboratorial   
2. Clínico-Epidemiológico   
3. Clínico

50. Evolução clínica

1. Recebeu alta por cura   
2. Evoluiu para óbito  
9. Ignorado

51. Data da alta ou óbito

52. Data do Encerramento

## ORIENTAÇÕES SOBRE A VIGILÂNCIA SÍNDROMICA DE INFLUENZA

1. CONCEITO DE SÍNDROME GRIPAL (PROTOCOLO DE TRATAMENTO):

- > 6 meses de idade: febre de início súbito, mesmo que referida, acompanhado de tosse ou dor de garganta e pelo menos um dos sintomas: cefaleia, mialgia ou artralgia.

- < 6 meses de idade: febre de início súbito mesmo que referida e sintomas respiratórios.

Obs.: maiores informações acesse o Protocolo de Tratamento em [www.saude.gov.br/svs](http://www.saude.gov.br/svs).

- Não aguardar resultado laboratorial para registrar a ficha no Sinan Influenza On-Line.

- Lembrar de atualizar a evolução no encerramento da investigação.

- No caso de co-infecção, priorizar o resultado de Influenza para a Classificação Final.

- A ficha deve ser disponibilizada somente em Unidades Hospitalares ou unidades de saúde com estrutura para internação.

## ANOTAÇÕES

## DADOS DO RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO (PARA CONTROLE LOCAL)

UF	Município	Nome da Unidade	Código da Unidade de Saúde
Nome	Função	Assinatura	