

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 ^ª s sintomas		
3	UF: __ __ __	4	Município: _____	Código (IBGE): __ __ __ __ __ __		
5	Unidade de Saúde: _____			Código (CNES): __ __ __ __ __ __		
6	Tem CPF? (Marcar X) __ Sim __ Não		7	CPF: __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __		
8	Estrangeiro (Marcar X) __ Sim __ Não					
9	Cartão Nacional de Saúde (CNS): __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __					
10	Nome: _____			11	Sexo: __ 1- Masc. 2- Fem. 9- Ign	
12	Data de nascimento: __ __ __ __ __ __		13	(Ou) Idade: __ __ __	14	Gestante: __
			1-Dia 2-Mês 3-Ano __		1-1 ^º Trimestre 2-2 ^º Trimestre 3-3 ^º Trimestre	
15	Raça/Cor: __ 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9-Ignorado					
16	Se indígena, qual etnia? _____					
17	É membro de povo ou comunidade tradicional? (Marcar X) __ Sim __ Não			18	Se sim, qual? _____	
19	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					
20	Ocupação: _____		21	Nome da mãe: _____		
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: __ 1-Urbana 2-Rural 3-Periurbana 9-Ignorado		31	País: (se residente fora do Brasil) _____		
32	Trata-se de caso nosocomial (infecção adquirida no hospital)? __ 1-Sim 2-Não 9-ignorado					
33	Paciente trabalha ou tem contato direto com aves, suínos, ou outro animal? __ 1-Sim 2-Não __ 3- Outro, qual _____ 9-ignorado					
34	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 _____					
35	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 mellitus __ Doença Neurológica Crônica __ Outra Pneumopatia Crônica __ Imunodeficiência/Imunodepressão __ Doença Renal Crônica __ Obesidade, IMC __ __ Outros _____					
36	Recebeu vacina COVID-19? __ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado		37	Se recebeu vacina COVID-19, informar: Data da 1 ^ª dose: __ __ __ __ __ __ Data da 2 ^ª dose: __ __ __ __ __ __		
38	Laboratório Produtor vacina COVID-19: _____		39	Lote da vacina COVID-19: Lote 1 ^ª Dose _____ Lote 2 ^ª Dose _____		
40	Recebeu vacina contra Gripe na última campanha? __ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado		41	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)						

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: ____ ____ ____
80				
81				
82			83	
Profissional de Saúde Responsável: _____			Registro Conselho/Matrícula: ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____	