



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 SEGUINTE 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	

DADOS DO PACIENTE	3 TEM CPF <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		7 CPF		
	8 ESTRANGEIRO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO				
	9 CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)				
	10 NOME		11 SEXO <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMININO <input type="checkbox"/> IGNORADO		12 DATA DE NASCIMENTO
	13 (OU) IDADE 1 - DIA 2 - MÊS 3 - ANO		14 GESTANTE 1 - 1º TRIMESTRE 2 - 2º TRIMESTRE 3 - 3º TRIMESTRE 4 - IDADE GESTACIONAL IGNORADA 5 - NÃO 6 - NÃO SE APLICA 9 - IGNORADO		
	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? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
	19 ESCOLARIDADE 0 - SEM ESCOLARIDADE / ANAFABETO 1 - FUNDAMENTAL 1º CICLO (1ª A 5ª SÉRIE) 2 - FUNDAMENTAL 2º CICLO (6ª A 9ª SÉRIE) 3 - ENSINO MÉDIO (1º AO 3º 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, AV., ETC.)			27 Nº
	28 COMPLEMENTO		29 DDD TELEFONE(S)		
	30 ZONA 1- URBANA 2- RURAL 3- PERIURBANA 9- IGNORADO		31 PAÍS (SE RESIDENTE FORA DO BRASIL)		

DADOS CLÍNICOS EPIDEMIOLÓGICOS	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 / SINTOMAS 1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO <input type="checkbox"/> FEBRE <input type="checkbox"/> TOSSE <input type="checkbox"/> DOR DE GARGANTA <input type="checkbox"/> DISPINÉIA <input type="checkbox"/> DESCONFORTO RESPIRATÓRIO <input type="checkbox"/> SATURAÇÃO O ₂ < 95% <input type="checkbox"/> DIARRÉIA <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? 1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO			
	SE SIM, QUAIS? <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? 1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO		37 SE RECEBEU VACINA COVID-19, INFORMAR: DATA DA 1ª DOSE: _____ DATA DA 2ª DOSE: _____ DATA DA DOSE DE REFORÇO: _____	
	38 FABRICANTE DA VACINA COVID-19: FABRICANTE DA 1ª DOSE: _____ FABRICANTE DA 2ª DOSE: _____ FABRICANTE DA DOSE DE REFORÇO: _____		39 LOTE DA VACINA COVID-19: LOTE 1ª DOSE _____ LOTE 2ª DOSE _____ LOTE DOSE DE REFORÇO _____	

40 RECEBEU VACINA CONTRA GRIPE NA ÚLTIMA CAMPANHA? 1 – SIM 2 – NÃO 9 – IGNORADO <input type="checkbox"/>		41 DATA DA VACINAÇÃO	
SE < 6 MESES: A MÃE RECEBEU A VACINA? 1-SIM 2-NÃO 9-IGNORADO <input type="checkbox"/>		SE SIM, DATA:	A MÃE AMAMENTA A CRIANÇA? 1-SIM 2-NÃO 9-IGNORADO <input type="checkbox"/>
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)

42 UTILIZOU ANTIVIRAL PARA GRIPE? 1 – SIM 2 – NÃO 9 – IGNORADO <input type="checkbox"/>		43 QUAL ANTIVIRAL? 1 – OSELTAMIVIR 2 – ZANAMIVIR <input type="checkbox"/> 3 – OUTRO(S) ESPECIFICAR _____		44 DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO	
45 HOUVE INTERNAÇÃO? 1 – SIM 2 – NÃO 9 – IGNORADO <input type="checkbox"/>			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 <input type="checkbox"/>			51 DATA DA ENTRADA NA UTI		52 DATA DA SAÍDA NA UTI
53 USO DE SUPORTE VENTILATÓRIO: 1 – SIM, INVASIVO 2 – SIM, NÃO INVASIVO 3 – NÃO 9 – IGNORADO <input type="checkbox"/>		54 RAIO -X DE TÓRAX 1-NORMAL 2-INFLTRADO INTERSTICIA 3-CONSOLIDAÇÃO 4-MISTO 5-OUTRO: _____ <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/>					57 DATA DA TOMOGRAFIA
58 COLETOU AMOSTRA? 1 – SIM 2 – NÃO 9 – IGNORADO <input type="checkbox"/>		59 DATA DA COLETA	60 Tipo de amostra: 1-SECREÇÃO DE NASO-OROFARINGE 2-LAVADO BRONCO-ALVEOLAR 3-TECIDO POST-MORTEM 4-OUTRA, QUAL? _____ 5-LCR 9-IGNORADO <input type="checkbox"/>		

61 Nº REQUISIÇÃO DO GAL:		62 TIPO DO TESTE PARA PESQUISA DE ANTÍGENOS VIRAIS: 1- IMUNOFLOURESCÊNCIA (IF) 2- TESTE RÁPIDO ANTIGÊNICO <input type="checkbox"/>			
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 <input type="checkbox"/>			
65 LABORATÓRIO QUE REALIZOU O TESTE ANTIGÊNICO:				CÓDIGO (CNES)	
66 AGENTE ETIOLÓGICO - TESTE ANTIGÊNICO: POSITIVO PARA INFLUENZA? 1 – SIM 2 – NÃO 9 – IGNORADO <input type="checkbox"/>					
SE SIM, QUAL INFLUENZA? 1- INFLUENZA A 2- INFLUENZA B <input type="checkbox"/>			68 POSITIVO PARA OUTROS VÍRUS? 1 – SIM 2 – NÃO 9 – IGNORADO <input type="checkbox"/>		
SE OUTROS VÍRUS RESPIRATÓRIOS QUAL(IS)? <input type="checkbox"/> SARS-CoV-2 <input type="checkbox"/> VÍRUS SINCICIAL 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: _____					
67 RESULTADO DA RT- PCR/OUTRO MÉTODO POR BIOLOGIA MOLECULAR: 1-DETECTÁVEL 2-NÃO DETECTÁVEL 3-INCONCLUSIVO 4-NÃO REALIZADO 5-AGUARDANDO RESULTADO 9-IGNORADO <input type="checkbox"/>				68 DATA DO RESULTADO RT-PCR/OUTRO MÉTODO POR BIOLOGIA MOLECULAR:	
69 AGENTE ETIOLÓGICO - RT-PCR/OUTRO MÉTODO POR BIOLOGIA MOLECULAR					
POSITIVO PARA INFLUENZA? 1 – SIM 2 – NÃO 9 – IGNORADO <input type="checkbox"/>			SE SIM, QUAL INFLUENZA? 1- INFLUENZA A 2- INFLUENZA B <input type="checkbox"/>		
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 <input type="checkbox"/> 6-OUTRO, ESPECIFIQUE: _____					
INFLUENZA B, QUAL LINHAGEM? 1-VICTORIA 2-YAMAGATHA 3-NÃO REALIZADO 4-INCONCLUSIVO 5-OUTRO, ESPECIFIQUE: _____ <input type="checkbox"/>					

POSITIVO PARA OUTROS VÍRUS? <input type="checkbox"/> 1 – SIM 2 – NÃO 9 – IGNORADO		SE SIM, QUAL(IS)? <input type="checkbox"/> SARS-COV-2 <input type="checkbox"/> VÍRUS SINCICIAL 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: _____	
70 LABORATÓRIO QUE REALIZOU RT-PCR/OUTRO MÉTODO POR BIOLOGIA MOLECULAR:		CÓDIGO (CNES)	
71 TIPO DE AMOSTRA SOROLÓGICA PARA SARS-COV-2 1- SANGUE/PLASMA/SORO 2-OUTRA, QUAL? <input type="checkbox"/>		72 DATA DA COLETA	
73 TIPO DE SOROLOGIA PARA SARS-COV-2: 1-TESTE RÁPIDO 2-ELISA 3- QUIMILUMINESCÊNCIA 4- OUTRO, QUAL? _____		74 DATA DO RESULTADO	
RESULTADO DO TESTE SOROLÓGICO PARA SARS-COV-2: <input type="checkbox"/> IGG <input type="checkbox"/> IGA 1-POSITIVO 2-NEGATIVO 3- INCONCLUSIVO 4-NÃO REALIZADO 5-AGUARDA RESULTADO 9 IGNORADO			

DADOS LABORATORIAIS	75 CLASSIFICAÇÃO FINAL DO CASO: 1-SRAG POR INFLUENZA 2-SRAG POR OUTRO VÍRUS RESPIRATÓRIO 3-SRAG POR OUTRO AGENTE ETIOLÓGICO, QUAL _____ <input type="checkbox"/> 4-SRAG NÃO ESPECIFICADO 5-SRAG POR COVID-19		76 CRITÉRIO DE ENCERRAMENTO: 1- LABORATORIAL 2- CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO <input type="checkbox"/> 3- CLÍNICO 4- CLÍNICO-IMAGEM	
	77 EVOLUÇÃO DO CASO: 1- CURA 2-ÓBITO <input type="checkbox"/> 3-ÓBITO POR OUTRAS CAUSAS 9-IGNORADO		78 DATA DA ALTA OU ÓBITO	79 DATA DO ENCERRAMENTO
	NÚMERO D.O			

OBSERVAÇÕES	

INVESTIGADOR	MUNICÍPIO	UNIDADE DE SAÚDE	CÓDIGO DA UNIDADE DE SAÚDE
	NOME		FUNÇÃO
	REGISTROCONSELHO / MATRÍCULA		
	DATA	ASSINATURA	