

**CASO DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE (SRAG-HOSPITALIZADO):** Indivíduo com \*SG que apresente: dispneia/desconforto respiratório OU pressão persistente no tórax OU saturação de O<sub>2</sub> 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 <sup>os</sup> sintomas ____/____/____			
3	UF: ____/____	4	Município: _____		Código (IBGE): ____/____/____/____			
5	Unidade de Saúde: _____			Código (CNES): ____/____/____/____				
Dados do Paciente	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 ____/____		1-1 <sup>o</sup> Trimestre 2-2 <sup>o</sup> Trimestre 3-3 <sup>o</sup> Trimestre		
	15	Raça/Cor: <input type="checkbox"/> 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"/> 1-Sim 2-Não				18	Se sim, qual? _____	
	19	Escolaridade: <input type="checkbox"/> 0-Sem escolaridade/Analfabeto 1-Fundamental 1 <sup>o</sup> ciclo (1 <sup>a</sup> a 5 <sup>a</sup> série) 2-Fundamental 2 <sup>o</sup> ciclo (6 <sup>a</sup> a 9 <sup>a</sup> série) 3-Médio (1 <sup>o</sup> ao 3 <sup>o</sup> 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 <sub>2</sub> < 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 <i>mellitus</i> <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 <sup>a</sup> dose: ____/____/____ Data da 2 <sup>a</sup> dose: ____/____/____ Data da dose reforço: ____/____/____ Data da 2 <sup>a</sup> dose reforço: ____/____/____		
38		Fabricante vacina COVID-19: Fabricante 1 <sup>a</sup> dose: _____ Fabricante 2 <sup>a</sup> dose: _____ Fabricante dose reforço: _____ Fabricante 2 <sup>a</sup> dose reforço: _____			39	Lote da vacina COVID-19: Lote 1 <sup>a</sup> dose _____ Lote 2 <sup>a</sup> dose _____ Lote dose reforço _____ Lote 2 <sup>a</sup> 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 <sup>a</sup> dose: ____/____/____ (1 <sup>a</sup> dose para crianças vacinadas pela primeira vez) Data da 2 <sup>a</sup> dose: ____/____/____ (2 <sup>a</sup> dose para crianças vacinadas pela primeira vez)								

Atendimento	42	Usou antiviral para gripe?  __  1-Sim 2-Não 9-Ignorado	43	Qual antiviral?  __  1-Oseltamivir 2-Zanamivir 3-Outro, especifique: _____	44	Data início do tratamento:  __   __   __
	45	Recebeu tratamento antiviral para covid-19?  __  1-Sim 2-Não 9-Ignorado	46	Qual antiviral?  __  1- Nirmatrevir/ritonavir (Paxlovid®) 2- Baricitinibe (Olumiant®) 3-Outro, especifique _____	47	Data início do tratamento:  __   __   __
	48	Houve internação?  __  1-Sim 2-Não 9-Ignorado	49	Data da internação por SRAG:  __   __   __	50	UF de internação:  __   __
	51	Município de internação: _____	Código (IBGE):  __   __   __   __   __   __			
	52	Unidade de Saúde de internação: _____	Código (CNES):  __   __   __   __   __   __			
	53	Internado em UTI?  __  1-Sim 2-Não 9-Ignorado	54	Data da entrada na UTI:  __   __   __	55	Data da saída da UTI:  __   __   __
	56	Uso de suporte ventilatório:  __  1-Sim, invasivo 2-Sim, não invasivo 3-Não 9-Ignorado	57	Raio X de Tórax:  __  1-Normal 2-Infiltrado intersticial 3-Consolidação 4-Misto 5-Outro: _____ 6-Não realizado 9-Ignorado	58	Data do Raio X:  __   __   __
	59	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	60	Data da tomografia:  __   __   __		
61	Coletou amostra  __  1-Sim 2-Não 9-Ignorado	62	Data da coleta:  __   __   __	63	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	64	Nº Requisição do GAL: _____	65	Tipo do teste para pesquisa de antígenos virais:  __  1- Imunofluorescência (IF) 2- Teste rápido antigênico		
	66	Data do resultado da pesquisa de antígenos:  __   __   __	67	Resultado do Teste antigênico:  __  1-positivo 2- Negativo 3- Inconclusivo 4-Não realizado 5-Aguardando resultado 9-Ignorado		
	68	Laboratório que realizou o Teste antigênico: _____	Código (CNES):  __   __   __   __   __   __			
	69	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: _____				
	70	Resultado da RT- PCR/outro método por Biologia Molecular:  __  1-Detectável 2-Não Detectável 3- Inconclusivo 4-Não realizado 5-Aguardando resultado 9-Ignorado	71	Data do resultado RT-PCR/outro método por Biologia Molecular:  __   __   __		
	72	Agente Etiológico - RT-PCR/outro 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 Sincial Respiratório  __  Parainfluenza 1  __  Parainfluenza 2  __  Parainfluenza 3  __  Parainfluenza 4  __  Adenovírus  __  Metapneumovírus  __  Bocavírus  __  Rinovírus  __  Outro vírus respiratório, especifique: _____				
	73	Laboratório que realizou RT-PCR/outro método por Biologia Molecular: _____	Código (CNES):  __   __   __   __   __   __			
	74	Tipo de amostra sorológica para SARS-Cov-2:  __  1- Sangue/plasma/soro 2-Outra, qual? _____ 9-Ignorado	75	Data da coleta:  __   __   __		
	76	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	77	Data do resultado:  __   __   __		
	78	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	79	Critério de Encerramento:  __  1- Laboratorial 2- Clínico Epidemiológico 3- Clínico 4- Clínico-Imagem		
80	Evolução do Caso:  __  1- Cura 2- Óbito 3-Óbito por outras Causas 9-Ignorado	81	Data da alta ou óbito:  __   __   __	82	Data do Encerramento:  __   __   __	
83	Número D.O:  __   __   __   __   __   __   __   __  -  __					
84	OBSERVAÇÕES:					

85	Profissional de Saúde Responsável: _____	86	Registro Conselho/Matrícula:  __   __   __   __   __   __
----	--	----	---