Limpar

Imprimir

BELO HORIZONTE
PREFEITURA

FICHA DE REGISTRO INDIVIDUAL – CASOS DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE HOSPITALIZADO	**SIVEP - GRIPE** SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA VIGILÂNCIA DA GRIPE	Nº

CASO DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE (SRAG-HOSPITALIZADO): INDIVÍDUO HOSPITALIZADO COM SÍNDROME GRIPAL*, E PELO MENOS UM SINAL OU SINTOMAS DE AGRAVAMENTO: DISPNEIA, TAQUIPNEIA, SATURAÇÃO DE O2 ≤ 94% EM AR AMBIENTE OU ÓBITO POR SRAG INDEPENDENTE DE HOSPITALIZAÇÃO.**

*SG: INDIVÍDUO COM INFECÇÃO RESPIRATÓRIA, COM INÍCIO **NOS ÚLTIMOS 10 DIAS**, QUE APRESENTE **PELO MENOS DOIS** DOS SEGUINTES SINAIS E SINTOMAS, SENDO **OBRIGATORIAMENTE AO MENOS UM SINTOMA RESPIRATÓRIO:**

SINTOMAS RESPIRATÓRIOS: TOSSE, CORIZA, DOR DE GARGANTA, CONGESTÃO NASAL / **SINTOMAS GERAIS:** FEBRE, DOR DE CABEÇA, DOR NO CORPO, CALAFRIO.

NOTA: EM MENORES DE 2 ANOS, OBSERVAR TAMBÉM COMO **SINAIS DE AGRAVAMENTO: BATIMENTO DE ASAS NASAIS, APNEIA, CIANOSE E/OU TIRAGEM INTERCOSTAL/SUBCOSTAL COMO POSSÍVEIS MANIFESTAÇÕES GERAIS: RECUSA ALIMENTAR, IRRITABILIDADE E/OU LETARGIA.

1 DATA DO PREENCHIMENTO DA FICHA DE NOTIFICAÇÃO:	2 DATA DE 1ºs SINTOMAS

3 UF	4 MUNICÍPIO	CÓDIGO IBGE

5 UNIDADE DE SAÚDE	CÓDIGO CNES

DADOS DO PACIENTE

6 TEM CPF ☐ SIM ☐ NÃO	7 CPF
8 ESTRANGEIRO ☐ SIM ☐ NÃO	

9 CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

10 NOME	11 SEXO ☐ MASCULINO ☐ FEMININO ☐ 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	16 SE INDÍGENA, QUAL ETNIA?	17 É MEMBRO DE POVO OU COMUNIDADE TRADICIONAL? ☐ SIM ☐ NÃO	18 SE SIM, QUAL?
1 – BRANCA 2 – PRETA 3 – AMARELA 4 – PARDA 5 – INDÍGENA 9 - IGNORADO ☐			

19 ESCOLARIDADE
0 – SEM ESCOLARIDADE / ANALFABETO 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
☐ FEBRE ☐ TOSSE ☐ DOR DE GARGANTA ☐ DISPINÉIA ☐ DESCONFORTO RESPIRATÓRIO ☐ SATURAÇÃO O_2 < 95% ☐ DIARRÉIA
☐ 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, QUAIS?
☐ PUÉRPERA (ATÉ 45 DIAS DO PARTO)
☐ SÍNDROME DE DOWN
☐ DIABETES *MELLITUS*
☐ IMUNODEFICIÊNCIA/IMUNODEPRESSÃO
☐ TABAGISMO
☐ DOENÇA CARDIOVASCULAR CRÔNICA
☐ DOENÇA HEPÁTICA CRÔNICA
☐ DOENÇA NEUROLÓGICA CRÔNICA
☐ DOENÇA RENAL CRÔNICA
☐ OUTROS:
☐ DOENÇA HEMATOLÓGICA CRÔNICA
☐ ASMA
☐ OUTRA PNEUMOPATIA CRÔNICA
☐ OBESIDADE, IMC: _____

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: _____ DATA DA 2ª DOSE DE REFORÇO: _____ DATA DA DOSE ADICIONAL:
38 FABRICANTE DA VACINA COVID-19: FABRICANTE DA 1ª DOSE: _____ FABRICANTE DA 2ª DOSE: _____ FABRICANTE DA DOSE DE REFORÇO: _____ FABRICANTE DA 2ª DOSE DE REFORÇO: _____ FABRICANTE DA DOSE ADICIONAL: _____	39 LOTE DA VACINA COVID-19: LOTE 1ª DOSE_____ LOTE 2ª DOSE_____ LOTE DOSE DE REFORÇO _____ LOTE DOSE 2ª DE REFORÇO _____ LOTE DA DOSE ADICIONAL:

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 1ª DOSE: (1ª DOSE PARA CRIANÇAS VACINADAS PELA PRIMEIRA VEZ)
_____

DATA DA 2ª DOSE: (2ª DOSE PARA CRIANÇAS VACINADAS PELA PRIMEIRA VEZ
_____

DADOS DO ATENDIMENTO

42 UTILIZOU ANTIVIRAL PARA GRIPE?
1 – SIM 2 – NÃO 9 – IGNORADO ☐

43 QUAL ANTIVIRAL?
1 – OSELTAMIVIR 2 - -ZANAMIVIR ☐
3 – OUTRO(S) ESPECIFIQUE _____

44 DATA DO 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 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 NA 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-INFLITRADO INTERSTICIA 3-CONSOLIDAÇÃO 4-MISTO
5-OUTRO:_____ ☐
6-NÃO REALIZADO 9-IGNORADO

58 DATA DO RAIO-X

59 ASPECTO TOMOGRAFIA
1-TIPICO 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 POST-MORTEM 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 DA 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)?

☐ SARS-CoV-2 ☐ VÍRUS SINCICIAL 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: _____ ☐

DADOS LABORATORIAIS

POSITIVO PARA OUTROS VÍRUS? ☐
1 – SIM 2 – NÃO 9 – IGNORADO

SE SIM, QUAL(IS)?
☐ SARS-COV-2 ☐ VÍRUS SINCICIAL 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? _____ ☐	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 ☐ IGA 1-POSITIVO 2-NEGATIVO 3- INCONCLUSIVO 4-NÃO REALIZADO 5-AGUARDA RESULTADO 9 IGNORADO	77 DATA DO RESULTADO

CONLUSÃO

78 FAZ PARTE DE UMA CADEIA DE SURTO DE SG? ☐ 1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO	79 É UM CASO DE CO- DETECÇÃO? ☐ 1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO

80 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 ☐	81 CRITÉRIO DE ENCERRAMENTO: ☐ 1- LABORATORIAL 2- CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO

82 EVOLUÇÃO DO CASO: ☐ 1- CURA 2-ÓBITO 3-ÓBITO POR OUTRAS CAUSAS 9-IGNORADO	83 DATA DA ALTA OU ÓBITO	84 DATA DO ENCERRAMENTO

85 NÚMERO D.O

86 OBSERVAÇÕES

87 PROFISSIONAL DE SAÚDE RESPONSÁVEL	88 REGISTRO CONSELHO / MATRÍCULA

SARS-COV-2: VIGILÂNCIA GENÔMICA EPIDEMIOLÓGICA E REINFECÇÃO (CAMPOS A SEREM PREENCHIDOS PELAS EQUIPES DE VIGILÂNCIA, CONFORME FLUXO LOCAL)

89 DESIGNAÇÃO DA VARIANTE (OMS): ☐ 1- ÔMICRON 2- DELTA 3- ALFA 4- BETA 5- GAMA 6- RECOMBINANTE (EXEMPLOS: XE, XF, XQ, XS...) 7- OUTRA, ESPECIFIQUE: _____	90 LINHAGEM DA VARIANTE: _____	91 MÉTODO LABORATORIAL MAIS RECENTE: ☐ 1- SEQUENCIAMENTO GENÔMICO COMPLETO 2- SEQUENCIAMENTO GENÔMICO PARCIAL 3. RT-PCR EM TEMPO REAL DE INFERÊNCIA 4-OUTRO, ESPECIFIQUE:_____

92 NOME DO LABORATÓRIO:	93 CÓDIGO (CNES) DO LABORATÓRIO: ___|___|___|___|___|___|___	94 DATA DO RESULTADO: _____|_____|_____

95 ENCERRAMENTO DO CASO (PARA VOC, VOI OU VUM): ☐ 1- CONFIRMADO POR SEQUENCIAMENTO GENÔMICO COMPLETO 2- PROVÁVEL POR SEQUENCIAMENTO GENÔMICO PARCIAL 3- SUGESTIVO PORRT-PCR DE INFERÊNCIA 4- SUGESTIVO POR VÍNCULO EPIDEMIOLÓGICO 5- DESCARTADO	96 POSSÍVEL CASO DE REINFECÇÃO POR COVID-19? 1- SIM 2 - NÃO 9 – IGNORADO ☐

97 PROFISSIONAL RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO	98 ESTABELECIMENTO RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO:	Código (CNES): ___|___|___|___|___|___|___