



FICHA DE REGISTRO INDIVIDUAL - CASOS DE SÍNDROME GRIPAL QUE REALIZARAM COLETA DE AMOSTRA

CASO DE SÍNDROME GRIPAL (SG):

Indivíduo com febre, mesmo que referida, acompanhada de tosse ou dor de garganta e com início dos sintomas nos últimos 7 dias.

		1		Data do preenchimento: _____		
2		UF: _____	3		Município: _____	
				Código (IBGE): _____		
4		Unidade Sentinela: _____		Código (CNES): _____		
Dados do Paciente	5			Nome: _____		
	6			Sexo: 1-Masculino 2-Feminino __ 9-Ignorado		
	7		8		9	
	Data de nascimento: _____		(ou) Idade: __ __ __ 1-Dia 2-Mês 3-Ano __		Ocupação: _____	
	10 Gestante: __ 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4-Idade Gestacional Ignorada 5-Não 6-Não se aplica 9-Ignorado					
	11 Raça/Cor: __ 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9-Ignorado					
	12 Se indígena, qual etnia? _____					
13 É membro de povo ou comunidade tradicional? (Marcar X) __ Sim __ Não				14 Se sim, qual? _____		
15 Escolaridade: __ 0-Sem escolaridade/Analfabeto 1-Fundamental 1º ciclo (1ª a 5ª série) 2-Fundamental 2º ciclo (6ª a 9ª série) 3-Médio (1º ao 3º ano) 4-Superior 5-Não se aplica 9-Ignorado						
16 Nome da mãe: _____						
Dados de Residência	17 CEP: __ __ __ __ __ - __ __					
	18		19		UF: _____ Município: _____	
					Código (IBGE): _____	
	20		21		22	
	Bairro: _____		Logradouro (Rua, Avenida, etc.): _____		Nº _____	
23				24		
Complemento (apto, casa, etc.) _____				(DDD) Telefone: _____		
25		26		Zona: __ 1-Urbana 2-Rural 3-Periurbana 9-Ignorado		
				País: (se residente fora do Brasil) _____		
Dados Clínicos e Epidemiológicos	27 Paciente trabalha ou tem contato direto com aves ou suínos? __ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado					
	28		29			
	Data dos 1ºs Sintomas: _____		Sinais e Sintomas: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado __ Febre __ Tosse __ Dor de Garganta __ Outros _____			
	30 Fatores de risco: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado __ Puérpera (até 42 dias do parto) __ Doença Cardiovascular Crônica __ Pneumopatia Crônica __ Síndrome de Down __ Doença Hepática Crônica __ Obesidade, IMC ____ __ Diabetes <i>mellitus</i> __ Doença Neurológica Crônica __ Outros _____ __ Imunodeficiência/Imunodepressão __ Doença Renal Crônica _____					
	31		32		33	
Recebeu vacina contra Gripe? (últimos 12 meses) 1-Sim 2-Não 9-Ignorado __		Nº de doses 1-1 dose 2-2 doses __		Data da última dose _____ _____ _____		

Atendimento	34	Uso de antiviral: __ 1-Não 2-Oseltamivir 3-Zanamivir 4-Outro, especifique: _____ 9-Ignorado	35	Data do início do tratamento ____ ____ ____	
	36	Data da coleta: _____	37	Tipo de amostra: __ 1-Secreção de Nasofaringe 2-Lavado Broco-alveolar 3-Tecido <i>post-mortem</i> 4-Outra, qual? _____ 9-Ignorado	
Dados Laboratoriais	38 Nº Requisição do GAL: _____				
	39	IFI Resultado __ 1-Positivo 2-Negativo 3-Inconclusivo 4-Não realizado 9-Ignorado	40	Data do resultado ____ ____ ____	
	41	Agente Etiológico <u>Influenza</u> : __ 1- Influenza A 2- Influenza B <u>Outros vírus respiratórios</u> : (marcar X) __ VRS __ Parainfluenza 1 __ Parainfluenza 2 __ Parainfluenza 3 __ Adenovírus __ Outro vírus respiratório, especifique: _____			
	42	Laboratório: _____	Código (CNES): _____		
	43	RT-PCR Resultado __ 1-Detectável 2-Não Detectável 3-Inconclusivo 4-Não realizado 9-Ignorado	44	Data do resultado ____ ____ ____	
	45	Agente Etiológico <u>Influenza</u> : __ 1- Influenza A 2- Influenza B Se Influenza A, subtipo: __ 1-Influenza A(H1N1)pdm09 2-Influenza A/H1 Sazonal 3-Influenza A/H3 Sazonal 4-Influenza A não subtipado 5-Outro, especifique: _____ <u>Outros vírus respiratórios</u> : (marcar X) __ SARS-CoV-2 __ VRS __ Parainfluenza 1 __ Parainfluenza 2 __ Parainfluenza 3 __ Parainfluenza 4 __ Adenovírus __ Metapneumovirus __ Bocavirus __ Rinovirus __ Outro vírus respiratório, especifique: _____			
46	Laboratório: _____	Código (CNES): _____			
Conclusão	47	Classificação final do caso __ Tipo Subtipo, se influenza A. 1-SG por influenza __ __ (marcar conforme categorias do campo agente etiológico) 2-SG por outro vírus respiratório 3-SG por outro agente etiológico, especifique: _____ 4-SG não especificado		48	Data do Encerramento ____ ____ ____
	49	Observações: 			
50	Profissional de Saúde Responsável: _____	51	Registro Conselho/Matrícula: ____ ____ ____ ____ ____ ____		