



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-Negra 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9-Ignorado
12						Se indígena, qual etnia? _____	
13						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	
14						Nome da mãe: _____	
Dados de Residência	15						CEP: __ __ __ __ __ - __ __
	16		17		Código (IBGE): _____		
	UF: __ __		Município: _____				
	18		19		20		
	Bairro: _____		Logradouro (Rua, Avenida, etc.): _____		Nº _____		
21				22		Complemento (apto, casa, etc.) _____ (DDD) Telefone: _____	
23				24		Zona: __ 1-Urbana 2-Rural 3-Periurbana 9-Ignorado País: (se residente fora do Brasil) _____	
Dados Clínicos e Epidemiológicos	25						Paciente trabalha ou tem contato direto com aves ou suínos? __ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado
	26			27			Data dos 1ºs Sintomas: _____ Sinais e Sintomas: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado __ Febre __ Tosse __ Dor de Garganta __ Outros _____
	28						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 _____
	29		30		31		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	32	Uso de antiviral: __ 1-Não 2-Oseltamivir 3-Zanamivir 4-Outro, especifique: _____ 9-Ignorado	33	Data do início do tratamento ____ ____ ____
	34	Data da coleta: _____	35	Tipo de amostra: __ 1-Secreção de Nasofaringe 2-Lavado Broco-alveolar 3-Tecido <i>post-mortem</i> 4-Outra, qual? _____ 9-Ignorado
Dados Laboratoriais	36 Nº Requisição do GAL: _____			
	IFI			
	37	Resultado __ 1-Positivo 2-Negativo 3-Inconclusivo 4-Não realizado 9-Ignorado	38	Data do resultado ____ ____ ____
	39 Agente Etiológico			
	Influenza: __ 1- Influenza A 2- Influenza B Outros vírus respiratórios: (marcar X) __ VRS __ Parainfluenza 1 __ Parainfluenza 2 __ Parainfluenza 3 __ Adenovírus __ Outro vírus respiratório, especifique: _____			
	40 Laboratório: _____		Código (CNES): _____	
Dados Laboratoriais	RT-PCR			
	41	Resultado __ 1-Detectável 2-Não Detectável 3-Inconclusivo 4-Não realizado 9-Ignorado	42	Data do resultado ____ ____ ____
	43 Agente Etiológico			
	Influenza: __ 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: _____ Outros vírus respiratórios: (marcar X) __ SARS-CoV-2 __ VRS __ Parainfluenza 1 __ Parainfluenza 2 __ Parainfluenza 3 __ Parainfluenza 4 __ Adenovírus __ Metapneumovirus __ Bocavirus __ Rinovirus __ Outro vírus respiratório, especifique: _____			
44 Laboratório: _____		Código (CNES): _____		
Conclusão	45 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		46 Data do Encerramento ____ ____ ____	
	47 Observações:			
48 Profissional de Saúde Responsável: _____		49 Registro Conselho/Matrícula: _____		