



FICHA DE REGISTRO INDIVIDUAL - CASOS DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE INTERNADOS EM UTI

**CASO DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE (SRAG):**

Indivíduo hospitalizado com febre, mesmo que referida, acompanhada de tosse ou dor de garganta e que apresente dispneia<sup>1</sup>.

		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 Data de nascimento: _____	8 (ou) Idade: __ __ __ 1-Dia 2-Mês 3-Ano  __	9 Gestante:  __  1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4-Idade Gestacional Ignorada 5-Não 6-Não se aplica 9-Ignorado
	10 Raça/Cor: 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9-Ignorado  __		
	11 Se indígena, qual etnia? _____		
	12 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		
13 Nome da mãe: _____			
Dados de Residência	14 CEP: __ __ __ __ __ - __ __		
	15 UF: __ __	16 Município: _____	Código (IBGE): __ __ __ __ __ __
	17 Bairro: _____	18 Logradouro (Rua, Avenida, etc.): _____	19 Nº _____
	20 Complemento (apto, casa, etc): _____		21 (DDD) Telefone: _____
	22 Zona: _____  __  1-Urbana 2-Rural 3-Periurbana 9-Ignorado	23 País: (se residente fora do Brasil)	
Dados Clínicos e Epidemiológicos	24 Data dos 1ºs Sintomas: _____	25 Sinais e Sintomas: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado  __  Febre  __  Tosse  __  Dor de Garganta  __  Dispneia  __  Outros _____	
	26 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 _____		
	27 Recebeu vacina contra Gripe? _____ (últimos 12 meses) 1-Sim 2-Não 9-Ignorado  __	28 Nº de doses _____ 1-1 dose 2-2 doses  __	29 Data da última dose _____

Dados de Atendimento	30	Uso de antiviral: <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/> 1-Não 2-Oseltamivir 3-Zanamivir 9-Ignorado 4-Outro, especifique: _____	31	Data início do tratamento	32	Data da Hospitalização
	33	Foi internado em UTI? <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	34	Data da entrada na UTI	35	Data da saída da UTI
	36	Fez uso de suporte ventilatório? (máscara, cateter, etc.) <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/> 1-Sim, invasivo 2-Sim, não invasivo 3-Não 9-Ignorado	37	Raio X de Tórax <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/> 1-Normal 2-Infiltrado intersticial 3-Consolidação 4-Misto 5-Outro: _____ 6-Não realizado 9-Ignorado	38	Data do Raio X
	39	Coletou amostra? <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	40	Data da coleta	41	Tipo de amostra <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/> 1-Secreção de Nasofaringe 2-Lavado Broco-alveolar 3-Tecido <i>post-mortem</i> 4-Outra, qual? _____ 9-Ignorado

Dados Laboratoriais	42		<b>Nº Requisição do GAL:</b>	<input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>	
	43		Resultado	<input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>	
	45		Agente Etiológico		
	46		Laboratório:	Código (CNES):	
<b>IFI</b> 1-Positivo 2-Negativo 3-Inconclusivo 4-Não realizado 9-Ignorado					
Influenza: <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/> 1- Influenza A 2- Influenza B Outros vírus respiratórios: (marcar X) <input type="checkbox"/> VRS <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: _____					
<b>RT-PCR</b> 1-Detectável 2-Não Detectável 3-Inconclusivo 4-Não realizado 9-Ignorado					
47		Resultado	<input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>	48	Data do resultado
49		Agente Etiológico			
Influenza: <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/> 1- Influenza A 2- Influenza B Se Influenza A, subtipo: <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> VRS <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"/> Metapneumovirus <input type="checkbox"/> Bocavirus <input type="checkbox"/> Rinovirus <input type="checkbox"/> Outro vírus respiratório, especifique: _____					
50		Laboratório:	Código (CNES):		

Conclusão	51	Classificação final do caso <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/> Tipo Subtipo, se influenza A. 1-SRAG por influenza <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/> (marcar conforme categorias do campo agente etiológico) 2-SRAG por outro vírus respiratório 3-SRAG por outro agente etiológico, qual _____ 4-SRAG não especificado	52	Critério de Encerramento <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/> 1-Laboratorial 2-Clinico-Epidemiológico 3-Clinico	
	53	Evolução do Caso <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/> 1-Cura 2-Óbito 9-Ignorado	54	Data da alta ou óbito	55

56	OBSERVAÇÕES
----	-------------

57	Profissional de Saúde Responsável:	58	Registro Conselho/Matrícula:
----	------------------------------------	----	------------------------------

<sup>1</sup> Também podem ser observados os seguintes sinais: saturação de O2 menor que 95% ou desconforto respiratório ou aumento da frequência respiratória.