

**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?  __  1-Sim 2-Não		7	CPF: _____			
	8	Estrangeiro  __  1-Sim 2-Não						
	9	Cartão Nacional de Saúde (CNS): _____						
	10	Nome: _____			11	Sexo:  __  1- Masc. 2- Fem. 9- Ign		
	12	Data de nascimento: _____		13	(Ou) Idade: ____		14	Gestante:  __  1-1 <sup>o</sup> Trimestre 2-2 <sup>o</sup> Trimestre 3-3 <sup>o</sup> Trimestre 4-Idade Gestacional Ignorada 5-Não 6-Não se aplica 9-Ignorado
			1-Dia 2-Mês 3-Ano  __					
	15	Raça/Cor:  __  1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9-Ignorado						
	16	Se indígena, qual etnia? _____				18	Se sim, qual? _____	
	17	É membro de povo ou comunidade tradicional?  __  1-Sim 2-Não						
	19	Escolaridade:  __  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:  __  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)?  __  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 e Sintomas: 1-Sim 2-Não 9-ignorado  __  Febre  __  Tosse  __  Dor de Garganta  __  Dispneia  __  Desconforto Respiratório  __  Saturação O <sub>2</sub> <95%  __  Diarreia  __  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, qual(is)? (Marcar X)  __  Puérpera (até 45 dias do parto)  __  Doença Cardiovascular Crônica  __  Doença Hematológica Crônica  __  Síndrome de Down  __  Doença Hepática Crônica  __  Asma  __  Diabetes mellitus  __  Doença Neurológica Crônica  __  Outra Pneumopatia Crônica  __  Imunodeficiência/Imunodepressão  __  Doença Renal Crônica  __  Obesidade, IMC  ____   __  Outros _____						
36		Recebeu vacina COVID-19?  __  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?  __  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 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-Yamagata 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: _____
----	--	----	------------------------------------