

CASO DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE (SRAG-HOSPITALIZADO): Indivíduo com SG que apresente: dispneia/desconforto respiratório OU pressão persistente no tórax OU saturação de O2 menor que 95% em ar ambiente OU coloração azulada dos lábios ou rosto.

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 1ºs 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-Dia 2-Mês 3-Ano __		1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4-Idade Gestacional Ignorada 5-Não 6-Não se aplica 9-Ignorado		
	15	Raça/Cor: __ 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9-Ignorado						
	16	Se indígena, qual etnia? _____						
	17	É membro de povo ou comunidade tradicional? __ 1-Sim 2-Não				18	Se sim, qual? _____	
19	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							
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, aves e/ou suínos 2-Não, nenhum __ 3-Sim, outros, qual _____ 9-ignorado						
34		Sinais e Sintomas: 1-Sim 2-Não 9-ignorado __ Febre __ Tosse __ Dor de Garganta __ Dispneia __ Desconforto Respiratório __ Saturação O ₂ < 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 __ Tabagismo __ Síndrome de Down __ Doença Hepática Crônica __ Asma __ Diabetes mellitus __ Doença Neurológica Crônica __ Outra Pneumopatia Crônica __ Outros _____ __ Imunodeficiência/Imunodepressão __ Doença Renal Crônica __ Obesidade, IMC __						
36		Recebeu vacina COVID-19? __ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado			37	Data da dose vacina COVID-19: Data da 1ª dose: ____/____/____ Data da dose reforço: ____/____/____ Data da 2ª dose: ____/____/____ Data da 2ª dose reforço: ____/____/____ Data da dose adicional: ____/____/____ Data dose reforço bivalente: ____/____/____		
38		Fabricante vacina COVID-19: Fabricante 1ª dose: _____ Fabricante 2ª dose: _____ Fabricante dose reforço: _____ Fabricante 2ª dose reforço: _____ Fabricante dose adicional: _____ Fabricante dose reforço bivalente: _____			39	Lote da vacina COVID-19: Lote 1ª dose _____ Lote 2ª dose _____ Lote dose reforço _____ Lote 2ª dose reforço _____ Lote dose adicional _____ Lote dose reforço bivalente: _____		
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)								
Atendimento		42	Usou antiviral para gripe? __ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado		43	Qual antiviral? __ 1-Osetamivir 2-Zanamivir 3-Outro, especifique: _____		44
	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: <input type="checkbox"/> 1-Sim, invasivo <input type="checkbox"/> 2-Sim, não invasivo <input type="checkbox"/> 3-Não <input type="checkbox"/> 9-Ignorado	57	Raio X de Tórax: <input type="checkbox"/> 1-Normal <input type="checkbox"/> 2-Infiltrado intersticial <input type="checkbox"/> 3-Consolidação <input type="checkbox"/> 4-Misto <input type="checkbox"/> 5-Outro: _____ <input type="checkbox"/> 6-Não realizado <input type="checkbox"/> 9-Ignorado	58	Data do Raio X: _____	
	59	Aspecto Tomografia <input type="checkbox"/> 1-Típico covid-19 <input type="checkbox"/> 2-Indeterminado covid-19 <input type="checkbox"/> 3-Atípico covid-19 <input type="checkbox"/> 4-Negativo para Pneumonia <input type="checkbox"/> 5-Outro <input type="checkbox"/> 6-Não realizado <input type="checkbox"/> 9-Ignorado	60	Data da tomografia: _____			
	61	Coletou amostra <input type="checkbox"/> 1-Sim <input type="checkbox"/> 2-Não <input type="checkbox"/> 9-Ignorado	62	Data da coleta: _____	63	Tipo de amostra: <input type="checkbox"/> 1-Secreção de Naso-orofaringe <input type="checkbox"/> 2-Lavado Bronco-alveolar <input type="checkbox"/> 3-Tecido <i>post-mortem</i> <input type="checkbox"/> 4-Outra, qual? _____ <input type="checkbox"/> 5-LCR <input type="checkbox"/> 9-Ignorado	
Dados Laboratoriais	64	Nº Requisição do GAL: _____			65	Tipo do teste para pesquisa de antígenos virais: <input type="checkbox"/> 1-Imunofluorescência (IF) <input type="checkbox"/> 2-Teste rápido antigênico	
	66	Data do resultado da pesquisa de antígenos: _____			67	Resultado da Teste antigênico: <input type="checkbox"/> 1-positivo <input type="checkbox"/> 2-Negativo <input type="checkbox"/> 3-Inconclusivo <input type="checkbox"/> 4-Não realizado <input type="checkbox"/> 5-Aguardando resultado <input type="checkbox"/> 9-Ignorado	
	68	Laboratório que realizou o Teste antigênico: _____				Código (CNES): _____	
	69	Agente Etiológico - Teste antigênico: Positivo para Influenza? <input type="checkbox"/> 1-Sim <input type="checkbox"/> 2-Não <input type="checkbox"/> 9-Ignorado Se sim, qual influenza? <input type="checkbox"/> 1-Influenza A <input type="checkbox"/> 2-Influenza B Positivo para outros vírus? <input type="checkbox"/> 1-Sim <input type="checkbox"/> 2-Não <input type="checkbox"/> 9-Ignorado Se outros vírus respiratórios qual(is)? (marcar X) <input type="checkbox"/> SARS-CoV-2 <input type="checkbox"/> Vírus Sincicial Respiratório <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: _____					
	70	Resultado da RT-PCR/outra método por Biologia Molecular: <input type="checkbox"/> 1-Detectável <input type="checkbox"/> 2-Não Detectável <input type="checkbox"/> 3-Inconclusivo <input type="checkbox"/> 4-Não realizado <input type="checkbox"/> 5-Aguardando resultado <input type="checkbox"/> 9-Ignorado			71	Data do resultado RT-PCR/outra método por Biologia Molecular: _____	
	72	Agente Etiológico - RT-PCR/outra método por Biologia Molecular: Positivo para Influenza? <input type="checkbox"/> 1-Sim <input type="checkbox"/> 2-Não <input type="checkbox"/> 9-Ignorado Se sim, qual influenza? <input type="checkbox"/> 1-Influenza A <input type="checkbox"/> 2-Influenza B Influenza A, qual subtipo? <input type="checkbox"/> 1-Influenza A(H1N1)pdm09 <input type="checkbox"/> 2-Influenza A(H3N2) <input type="checkbox"/> 3-Influenza A não subtipado <input type="checkbox"/> 4-Influenza A não subtipável <input type="checkbox"/> 5-Inconclusivo <input type="checkbox"/> 6-Outro, especifique: _____ Influenza B, qual linhagem? <input type="checkbox"/> 1-Victoria <input type="checkbox"/> 2-Yamagata <input type="checkbox"/> 3-Não realizado <input type="checkbox"/> 4-Inconclusivo <input type="checkbox"/> 5-Outro, especifique: _____ Positivo para outros vírus? <input type="checkbox"/> 1-Sim <input type="checkbox"/> 2-Não <input type="checkbox"/> 9-Ignorado Se outros vírus respiratórios, qual(is)? (marcar X) <input type="checkbox"/> SARS-CoV-2 <input type="checkbox"/> Vírus Sincicial Respiratório <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"/> Metapneumovírus <input type="checkbox"/> Bocavírus <input type="checkbox"/> Rinovírus <input type="checkbox"/> Outro vírus respiratório, especifique: _____					
	73	Laboratório que realizou RT-PCR/outra método por Biologia Molecular: _____				Código (CNES): _____	
	74	Tipo de amostra sorológica para SARS-Cov-2: <input type="checkbox"/> 1-Sangue/plasma/soro <input type="checkbox"/> 2-Outra, qual? _____ <input type="checkbox"/> 9-Ignorado			75	Data da coleta: _____	
	76	Tipo de Sorologia para SARS-Cov-2: <input type="checkbox"/> 1-Teste rápido <input type="checkbox"/> 2-Elisa <input type="checkbox"/> 3-Quimiluminescência <input type="checkbox"/> 4-Outro, qual? _____ Resultado do Teste Sorológico para SARS-CoV-2: <input type="checkbox"/> IgG <input type="checkbox"/> IgM <input type="checkbox"/> IgA <input type="checkbox"/> 1-Positivo <input type="checkbox"/> 2-Negativo <input type="checkbox"/> 3-Inconclusivo <input type="checkbox"/> 4-Não realizado <input type="checkbox"/> 5-Aguarda resultado <input type="checkbox"/> 9-Ignorado			77	Data do resultado: _____	
	Conclusão	78	Faz parte de uma cadeia de surto de SG? <input type="checkbox"/> 1-Sim <input type="checkbox"/> 2-Não <input type="checkbox"/> 9-Ignorado			79	É um caso de co-deteção? <input type="checkbox"/> 1-Sim <input type="checkbox"/> 2-Não <input type="checkbox"/> 9-Ignorado
80		Classificação final do caso: <input type="checkbox"/> 1-SRAG por influenza <input type="checkbox"/> 2-SRAG por outro vírus respiratório <input type="checkbox"/> 3-SRAG por outro agente etiológico, qual _____ <input type="checkbox"/> 4-SRAG não especificado <input type="checkbox"/> 5-SRAG por covid-19			81	Critério de Encerramento: <input type="checkbox"/> 1-Laboratorial <input type="checkbox"/> 2-Clinico Epidemiológico <input type="checkbox"/> 3-Clinico <input type="checkbox"/> 4-Clinico-Imagem	
82		Evolução do Caso: <input type="checkbox"/> 1-Cura <input type="checkbox"/> 2-Óbito <input type="checkbox"/> 3-Óbito por outras Causas <input type="checkbox"/> 9-Ignorado			83	Data da alta ou óbito: _____	
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): <input type="checkbox"/> 1-Ômicron <input type="checkbox"/> 2-Delta <input type="checkbox"/> 3-Alfa <input type="checkbox"/> 4-Beta <input type="checkbox"/> 5-Gama <input type="checkbox"/> 6-Recombinante (Exemplos: XE, XF, XQ, XS...) <input type="checkbox"/> 7-Outra, especifique: _____			90	Linhagem da variante: _____		
92	Nome do laboratório: _____			93	Código (CNES) do laboratório: _____		
95	Encerramento do caso (para VOC, VOI ou VUM): <input type="checkbox"/> 1-Confirmado por Sequenciamento genômico completo <input type="checkbox"/> 2-Provável por Sequenciamento genômico parcial <input type="checkbox"/> 3-Sugestivo por RT-PCR de inferência <input type="checkbox"/> 4-Sugestivo por vínculo epidemiológico <input type="checkbox"/> 5-Descartado			96	Possível caso de reinfecção por covid-19? <input type="checkbox"/> 1-Sim <input type="checkbox"/> 2-Não <input type="checkbox"/> 9-Ignorado		
97	Profissional responsável pelo preenchimento: _____			98	Estabelecimento responsável pelo preenchimento: _____ Código (CNES): _____		