



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	Tem CPF? ____ 1-Sim 2-Não		6	CPF: ____		
	7	Estrangeiro ____ 1-Sim 2-Não					
	8	Cartão Nacional de Saúde (CNS): ____					
	9	Nome: _____			10	Sexo: 1-Masculino 2-Feminino 9-Ignorado ____	
	11	Data de nascimento: ____	12	(ou) Idade: ____	13	Ocupação: _____	
					1-Dia 2-Mês 3-Ano ____		
	14	Gestante: ____ 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-Negra 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9-Ignorado					
	16	Se indígena, qual etnia? _____					
	17	É membro de povo ou comunidade tradicional? (Marcar X) ____ Sim ____ 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	Nome da mãe: _____						
Dados de Residência	21	CEP: ____ - ____					
	22	UF: ____	23	Município: _____	Código (IBGE): ____		
	24	Bairro: _____	25	Logradouro (Rua, Avenida, etc.): _____	26	Nº _____	
	27	Complemento (apto, casa, etc.) _____		28	(DDD) Telefone: ____ - ____		
	29	Zona: ____ 1-Urbana 2-Rural 3-Periurbana 9-Ignorado	30	País: (se residente fora do Brasil) _____			
Dados Epidemiológicos	31	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					
	32	Data dos 1ºs Sintomas: ____	33	Sinais e Sintomas: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado ____ Febre ____ Tosse ____ Dor de Garganta ____ Outros			
	34	Possui fatores de risco/comorbidades? 1-Sim 2-Não 9-Ignorado					
	<input type="checkbox"/> Puérpera (até 45 dias do parto) <input type="checkbox"/> Doença Cardiovascular Crônica <input type="checkbox"/> Doença Hematológica Crônica <input type="checkbox"/> Tabagismo <input type="checkbox"/> Síndrome de Down <input type="checkbox"/> Doença Hepática Crônica <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> Doença Neurológica Crônica <input type="checkbox"/> Outra Pneumopatia Crônica <input type="checkbox"/> Outros _____ <input type="checkbox"/> Imunodeficiência/Imunodepressão <input type="checkbox"/> Doença Renal Crônica <input type="checkbox"/> Obesidade, IMC _____						
	35	Recebeu vacina COVID-19? ____ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado		36	Data da dose vacina COVID-19: Data da 1ª dose: ____ Data da 2ª dose: ____ Data da dose reforço: ____ Data da 2ª dose reforço: ____ Data dose adicional: ____ Data dose reforço bivalente: ____		
	37	Fabricante vacina COVID-19: Fabricante 1ª dose: _____ Fabricante 2ª dose: _____ Fabricante dose reforço: _____ Fabricante 2ª dose reforço: _____ Fabricante dose adicional: _____ Fabricante dose reforço bivalente: _____		38	Lote da vacina COVID-19: Lote 1ª dose _____ Lote 2ª dose _____ Lote da dose reforço: _____ Lote 2ª dose reforço: _____ Lote dose adicional: _____ Lote dose reforço bivalente: _____		
	39	Recebeu vacina contra Gripe? (Últimos 12 meses) ____ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado		40	Nº de doses: ____ 1-1 dose 2-2 doses	41	Data da última dose: ____

	42	Uso de antiviral: <input type="checkbox"/> 1-Não 2-Oseltamivir 3-Zanamivir 4-Outro, especifique: _____ 9-Ignorado	43	Data do início do tratamento ____ ____ _____	
	44	Recebeu tratamento antiviral para covid-19? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	45	Qual antiviral? <input type="checkbox"/> 1- Nirmatrevir/ritonavir (Paxlovid®) 2- Baricitinibe (Olumiant®) 3- Outro, especifique _____	
		46	Data do início do tratamento: ____ ____ _____		
	47	Data da coleta: ____ ____ _____	48	Tipo de amostra: <input type="checkbox"/> 1-Secreção de Nasofaringe 2-Lavado Bronco-alveolar 3-Tecido <i>post-mortem</i> 4-Outra, qual? _____ 5-LCR 9-Ignorado	
Dados Laboratoriais	49	Nº Requisição do GAL: _____	50	Se realizado Imunofluorescência marcar = 1 <input type="checkbox"/> 1- Imunofluorescência (IF)	
	51	Data do resultado da Imunofluorescência: ____ ____ _____	52	Resultado da Imunofluorescência: <input type="checkbox"/> 1-Positivo 2-Negativo 3- Inconclusivo 4-Não realizado 5-Aguardando resultado 9-Ignorado	
	53	Laboratório que realizou a Imunofluorescência: _____	Código (CNES): ____ ____ ____ ____ ____ ____		
	54	Agente Etiológico- Imunofluorescência: Positivo para Influenza? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se sim, qual influenza? <input type="checkbox"/> 1- Influenza A 2- Influenza B Positivo para outros vírus? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se outros vírus respiratórios qual(is)? (marcar X) <input type="checkbox"/> Vírus Sincial Respiratório (VSR) <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"/> Outro vírus respiratório, especifique: _____			
	55	Resultado da RT- PCR/outro método por Biologia Molecular: <input type="checkbox"/> 1-Detectável 2-Não Detectável 3-Inconclusivo 4- Não realizado 5-Aguardando resultado 9-Ignorado	56	Data do resultado RT-PCR/outro método por Biologia Molecular: ____ ____ _____	
	57	Agente Etiológico - RT-PCR/outro método por Biologia Molecular: Positivo para Influenza? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se sim, qual influenza? <input type="checkbox"/> 1- Influenza A 2- Influenza B Influenza A, qual subtipo? (marcar X) <input type="checkbox"/> Influenza A(H1N1)pdm09 <input type="checkbox"/> Influenza A (H3N2) <input type="checkbox"/> Influenza A não subtipável <input type="checkbox"/> Influenza A não subtipado <input type="checkbox"/> Outro, especifique: _____ <input type="checkbox"/> Inconclusivo Influenza B, qual linhagem? <input type="checkbox"/> 1-Victoria 2-Yamagatha 3-Não realizado 4-Inconclusivo 5-Outro, especifique: _____ Positivo para outros vírus respiratórios? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se outros vírus respiratórios, qual(is)? (marcar X) <input type="checkbox"/> SARS-CoV-2 <input type="checkbox"/> Vírus Sincial Respiratório (VSR) <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: _____			
	58	Laboratório que realizou RT-PCR/outro método por Biologia Molecular: _____ Código (CNES): ____ ____ ____ ____ ____ ____			
	Conclusão	59	Classificação final do caso <input type="checkbox"/> Tipo Subtipo, se influenza A. 1-SG por influenza <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (marcar conforme categorias do campo agente etiológico) 2-SG por outro vírus respiratório 3-SG por outro agente etiológico, especifique: _____ 4-SG não especificado 5-SG por covid-19	60	Faz parte de uma cadeia de surto de SG? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado
61				É um caso de co-deteção? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	
62				Data do Encerramento: ____ ____ _____	
63	Observações:				
64	Profissional de Saúde Responsável: _____	65	Registro Conselho/Matrícula: ____ ____ ____ ____ ____ ____		
SARS-CoV-2: Vigilância Genômica Epidemiológica e Reinfecção (campos a serem preenchidos pelas equipes de vigilância, conforme fluxo local):					
66	Designação da variante (OMS): <input type="checkbox"/> 1- Ômicron 2- Delta 3- Alfa 4- Beta 5- Gama 6- Recombinante (Exemplos: XE, XF, XQ, XS...) 7- Outra, especifique: _____	67	Linhagem da variante: _____	68	Método laboratorial mais recente: <input type="checkbox"/> 1- Sequenciamento genômico completo 2- Sequenciamento genômico parcial 3. RT-PCR em tempo real de inferência 4-Outro, especifique: _____
69	Nome do laboratório: _____	70	Código (CNES) do laboratório: ____ ____ ____ ____ ____ ____	71	Data do resultado: ____ ____ _____
72	Encerramento do caso (para VOC, VOI ou VUM): <input type="checkbox"/> 1- Confirmado por Sequenciamento genômico completo 2- Provável por Sequenciamento genômico parcial) 3- Sugestivo por RT-PCR de inferência 4- Sugestivo por vínculo epidemiológico 5- Descartado			73	Possível caso de reinfecção por covid-19? <input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não 9- Ignorado
74	Profissional responsável pelo preenchimento: _____	75	Estabelecimento responsável pelo preenchimento: Código (CNES): ____ ____ ____ ____ ____ ____		