

**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): __ __ __ __ __ __	
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: __ __ __ 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? _____				
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: _____	
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) _____	
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	Se recebeu vacina COVID-19, informar: Data da 1ª dose: __ __ __ __ __ __ Data da 2ª dose: __ __ __ __ __ __	
38	Fabricante vacina COVID-19: _____		39	Lote da vacina COVID-19: Lote 1ª Dose _____ Lote 2ª Dose _____	
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)					

Dados de Atendimento	42	Usou antiviral para gripe?  _  1-Sim 2-Não 9-Ignorado	43	Qual antiviral?  _  1-Osetamivir 2-Zanamivir 3-Outro, especifique: _____	44	Data início do tratamento: _ _ _ _ _ _ _ _
	45	Houve internação?  _  1-Sim 2-Não 9-Ignorado	46	Data da internação por SRAG: _ _ _ _ _ _ _ _	47	UF de internação: _ _
	48	Município de internação: _____	Código (IBGE):  _ _ _ _ _ _ _ _			
	49	Unidade de Saúde de internação: _____	Código (CNES):  _ _ _ _ _ _ _ _			
	50	Internado em UTI?  _  1-Sim 2-Não 9-Ignorado	51	Data da entrada na UTI: _ _ _ _ _ _ _ _	52	Data da saída da UTI: _ _ _ _ _ _ _ _
	53	Uso de suporte ventilatório:  _  1-Sim, invasivo 2-Sim, não invasivo 3-Não 9-Ignorado	54	Raio X de Tórax:  _  1-Normal 2-Infiltrado intersticial 3-Consolidação 4-Misto 5-Outro: _____ 6-Não realizado 9-Ignorado	55	Data do Raio X: _ _ _ _ _ _ _ _
	56	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	57	Data da tomografia: _ _ _ _ _ _ _ _		
	58	Coletou amostra  _  1-Sim 2-Não 9-Ignorado	59	Data da coleta: _ _ _ _ _ _ _ _	60	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	61	Nº Requisição do GAL: _____	62	Tipo do teste para pesquisa de antígenos virais:  _  1- Imunofluorescência (IF) 2- Teste rápido antigênico
	63	Data do resultado da pesquisa de antígenos: _ _ _ _ _ _ _ _	64	Resultado da Teste antigênico:  _  1-positivo 2-Negativo 3- Inconclusivo 4-Não realizado 5-Aguardando resultado 9-Ignorado
	65	Laboratório que realizou o Teste antigênico: _____	Código (CNES): _ _ _ _ _ _ _ _	
	66	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 Sincicial Respiratório  _  Parainfluenza 1  _  Parainfluenza 2  _  Parainfluenza 3  _  Adenovírus  _  Outro vírus respiratório, especifique: _____		
	67	Resultado da RT- PCR/outro método por Biologia Molecular:  _  1-Detectável 2-Não Detectável 3-Inconclusivo 4-Não realizado 5-Aguardando resultado 9-Ignorado	68	Data do resultado RT-PCR/outro método por Biologia Molecular:  _ _ _ _ _ _ _ _
	69	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-Yamagatha 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 Sincicial Respiratório  _  Parainfluenza 1  _  Parainfluenza 2  _  Parainfluenza 3  _  Parainfluenza 4  _  Adenovírus  _  Metapneumovírus  _  Bocavírus  _  Rinovírus  _  Outro vírus respiratório, especifique: _____		
	70	Laboratório que realizou RT-PCR/outro método por Biologia Molecular: _____	Código (CNES): _ _ _ _ _ _ _ _	
	71	Tipo de amostra sorológica para SARS-Cov-2:  _  1- Sangue/plasma/soro 2-Outra, qual? _____ 9-Ignorado	72	Data da coleta: _ _ _ _ _ _ _ _
73	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	74	Data do resultado: _ _ _ _ _ _ _ _	

Conclusão	75	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	76	Critério de Encerramento:  _  1- Laboratorial 2- Clínico Epidemiológico 3- Clínico 4- Clínico-Imagem
	77	Evolução do Caso:  _  1- Cura 2-Óbito 3-Óbito por outras Causas 9-Ignorado	78	Data da alta ou óbito:  _ _ _ _ _ _ _ _
80				
81				
82			83	
Profissional de Saúde Responsável: _____			Registro Conselho/Matrícula: _ _ _ _ _ _ _ _	