

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: ____/____/____ 1-Dia 2-Mês 3-Ano ☐	13	Ocupação: _____	
	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 ☐ 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 _____					
	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: ☐ 1-Não 2-Oseltamivir 3-Zanamivir 4-Outro, especifique: _____ 9-Ignorado	43	Data do início do tratamento ____/____/____	
	44	Recebeu tratamento antiviral para covid-19? ☐ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	45	Qual antiviral? ☐ 1- Nirmatrevir/ritonavir (Paxlovid®) 2- Baricitinibe (Olumiant®) 3- Outro, especifique: _____	
			46	Data do início do tratamento: ____/____/____	
Dados Laboratoriais	47	Data da coleta: ____/____/____	48	Tipo de amostra: ☐ 1-Secreção de Nasofaringe 2-Lavado Bronco-alveolar 3-Tecido <i>post-mortem</i> 4-Outra, qual? _____ 5-LCR 9-Ignorado	
	49	Nº Requisição do GAL: _____	50	Se realizado Imunofluorescência marcar = 1 ☐ 1- Imunofluorescência (IF)	
	51	Data do resultado da Imunofluorescência: ____/____/____	52	Resultado da Imunofluorescência: ☐ 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? ☐ 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) ☐ Vírus Sincial Respiratório (VSR) ☐ Parainfluenza 1 ☐ Parainfluenza 2 ☐ Parainfluenza 3 ☐ Parainfluenza 4 ☐ Adenovírus ☐ Outro vírus respiratório, especifique: _____			
	55	Resultado da RT- PCR/outro método por Biologia Molecular: ☐ 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? ☐ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se sim, qual influenza? ☐ 1- Influenza A 2- Influenza B Influenza A, qual subtipo? (marcar X) ☐ Influenza A(H1N1)pdm09 ☐ Influenza A (H3N2) ☐ Influenza A não subtipável ☐ Influenza A não subtipado ☐ Outro, especifique: _____ ☐ Inconclusivo Influenza B, qual linhagem? ☐ 1-Victoria 2-Yamagatha 3-Não realizado 4-Inconclusivo 5-Outro, especifique: _____ Positivo para outros vírus respiratórios? ☐ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se outros vírus respiratórios, qual(is)? (marcar X) ☐ SARS-CoV-2 ☐ Vírus Sincial Respiratório (VSR) ☐ Parainfluenza 1 ☐ Parainfluenza 2 ☐ Parainfluenza 3 ☐ Parainfluenza 4 ☐ Adenovírus ☐ Metapneumovírus ☐ Bocavírus ☐ Rinovírus ☐ Outro vírus respiratório, especifique: _____			
	58	Laboratório que realizou RT-PCR/outro método por Biologia Molecular: _____ Código (CNES): ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____			
	Conclusão	59	Classificação final do caso ☐ Tipo Subtipo, se influenza A. 1-SG por influenza ☐ ☐ (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? ☐ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado
				61	É um caso de co-deteccção? ☐ 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): ☐ 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: ☐ 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): ☐ 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? ☐ 1- Sim 2- Não 9- Ignorado
74	Profissional responsável pelo preenchimento: _____	75	Estabelecimento responsável pelo preenchimento: _____ Código (CNES): ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____		