

CASO DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE (SRAG-HOSPITALIZADO): Indivíduo Hospitalizado com Síndrome Gripal*, E pelo menos um sinal ou sintomas de agravamento**: Dispnéia, Taquipnéia, Saturação de O₂ ≤ 94% em ar ambiente OU Óbito por SRAG independente de hospitalização.

*SG: Indivíduo com infecção respiratória, com início nos últimos 10 dias, que apresente pelo menos dois dos seguintes sinais e sintomas, sendo obrigatoriamente ao menos um sintoma respiratório:

Sintomas Respiratórios: Tosse, Coriza, Dor de Garganta, Congestão Nasal / **Sintomas Gerais:** Febre, Dor de Cabeça, Dor no Corpo, Calafrio.

NOTA: Em menores de 2 anos, observar também como **sinais de agravamento: batimento de asas nasais, apnéia, cianose e/ou tiragem intercostal/subcostal. Como possíveis **manifestações gerais:** recusa alimentar, irritabilidade e/ou letargia.

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: ____/____/____ 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-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: ____/____/____	
	38	Fabricante vacina COVID-19: Fabricante 1ª dose: _____ Fabricante 2ª dose: _____ Fabricante dose reforço: _____ Fabricante 2ª dose reforço: _____ Fabricante dose adicional: _____			39	Lote da vacina COVID-19: Lote 1ª dose: _____ Lote 2ª dose: _____ Lote dose reforço: _____ Lote 2ª dose reforço: _____ Lote dose adicional: _____	
	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		Data início do tratamento: ____/____/____		45	Data início do tratamento: ____/____/____		
46		Recebeu tratamento antiviral para covid-19? ☐ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado		47	Qual antiviral? ☐ 1- Nirmatrevir/ritonavir (Paxlovid ®) 2- Baricitinibe (Olumiant®) 3- Outro, especifique _____		
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: _____		53	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 da 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-Aguardando resultado 9-Ignorado			77	Data do resultado: ____/____/____	
	Conclusão	78	Faz parte de uma cadeia de surto de SG? ☐ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado			79	É um caso de co-deteção? ☐ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado
80		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			81	Critério de Encerramento: ☐ 1-Laboratorial 2-Clínico Epidemiológico	
82		Evolução do Caso: ☐ 1-Cura 2-Óbito 3-Óbito por outras Causas 9-Ignorado		83	Data da alta ou óbito: ____/____/____	84	Data do Encerramento: ____/____/____
	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): ☐ 1-Ômicron 2-Delta 3-Alfa 4-Beta 5-Gama 6-Recombinante (Exemplos: XE, XF, XQ, XS...) 7-Outra, especifique: _____		90	Linhagem da variante: _____	91	Método laboratorial mais recente: ☐ 1-Sequenciamento genômico completo 2-Sequenciamento genômico parcial 3-RT-PCR em tempo real de inferência 4-Outro, especifique: _____	
92	Nome do laboratório: _____		93	Código (CNES) do laboratório: ____/____/____/____/____/____		94	Data do resultado: ____/____/____
95	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				96	Possível caso de reinfecção por covid-19? ☐ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	
97	Profissional responsável pelo preenchimento: _____		98	Estabelecimento responsável pelo preenchimento: _____		Código (CNES): ____/____/____/____/____/____	