

DEFINIÇÃO DE CASO

DEFINIÇÃO: SÍNDROME GRIPAL (SG): indivíduo com quadro respiratório agudo, caracterizado por sensação febril ou febre (acima de 37,8°), mesmo que relatada, acompanhada de tosse OU dor de garganta OU coriza OU dificuldade respiratória.

EM CRIANÇAS: considera-se também obstrução nasal, na ausência de outro diagnóstico específico.

EM IDOSOS: a febre pode estar ausente. Deve-se considerar também critérios específicos de agravamento como síncope, confusão mental, sonolência excessiva, irritabilidade e inapetência.

CASO DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE (SRAG): Favor notificar no **SIVEP-GRIPE**.

IDENTIFICAÇÃO

Data da notificação: _____

DADOS DO PACIENTE

Possui CPF: Sim Não

 Tipo do paciente (Sem CPF): Criança até 12 Anos Em situação de rua Estrangeiro Indígena

País de residência: _____

 Município (Outro País): _____

 Passaporte: _____

 CNS: _____

Paciente: _____

 Raça/Cor: Branca Preta Amarela Parda Indígena

 Ignorado

CPF: _____

 Etnia Indígena: _____

 Sexo: Masculino Feminino Não informado

Data de nascimento: _____

 Idade: _____

 Nome da mãe: _____

UF: _____

 Município: _____

 Logradouro: _____

Número: _____

 Bairro: _____

 CEP: _____

 Telefone: _____

Ocupação: Trabalhador/Profissional da saúde Estudante de área de saúde Trabalhador/Profissional de laboratório

 Profissional de segurança pública Outros

Descrição da ocupação: _____

Paciente assintomático: Sim Não Não informado

 Gestante: Sim Não Não informado

 Gestante de Alto Risco: Sim Não Não informado

Período de gestação: 1º Trimestre 2º Trimestre 3º Trimestre Idade gestacional ignorada

DADOS CLÍNICOS

Data dos 1º sintomas: _____

 Febre (aferida / referida): Sim Não Não informado

 Tosse: Sim Não Não informado

Dispneia (dificuldade de respirar): Sim Não Não informado

 Saturação O2 ≤ 95%: Sim Não Não informado

 Dor de garganta: Sim Não Não informado

Diarreia: Sim Não Não informado

 Mialgia / Dor muscular: Sim Não Não informado

 Artralgia: Sim Não Não informado

Náusea / Vômito: Sim Não Não informado

 Cefaléia: Sim Não Não informado

 Coriza: Sim Não Não informado

Irritabilidade / Confusão: Sim Não Não informado

 Adinamia / Fraqueza: Sim Não Não informado

 Escarro: Sim Não Não informado

Calafrios: Sim Não Não informado

 Congestão nasal: Sim Não Não informado

 Congestão conjuntiva: Sim Não Não informado

Dificuldade de deglutir: Sim Não Não informado

 Manchas vermelhas: Sim Não Não informado

 Gânglios linfáticos: Sim Não Não informado

Batimento de asas nasais: Sim Não Não informado

 Cianose: Sim Não Não informado

 Tiragem intercostal: Sim Não Não informado

Outros sintomas: _____

ACHADOS DE IMAGEM

Raio X de tórax:

Normal Misto Infiltrado intersticial Consolidado Outro: _____

Tomografia:

Vidro fosco de predomínio periférico basal Ausência de linfonodo mediastinal Ausência de derrame pleural
 Outro: _____

MORBIDADES PRÉVIAS/FATORES DE RISCO

Doença cardiovascular: <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não informado	Hipertensão: <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não informado	Diabetes <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não informado
Doença hepática: <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não informado	Síndrome de Down: <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não informado	Doença neurológica: <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não informado
Imunodeficiência: <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não informado	Infecção HIV: <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não informado	Doença renal: <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não informado
Doença pulmonar: <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não informado	Neoplasia: <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não informado	Puerpério: <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não informado
Obesidade <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não informado	Tabagismo <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não informado	

Outras morbidades: _____

MEDICAMENTO

Usou Medicamento? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	Descrição do medicamento: <input type="radio"/> Osetamivir (Tamiflu) <input type="radio"/> Hidroxicloroquina
<input type="radio"/> Outro: _____	

DADOS LABORATORIAIS

Coletou amostra: <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não informado	Código do exame: _____	Requisição _____
Laboratório executor: _____	Data do cadastro: _____	Data da coleta: _____
Data do recebimento: _____	Data da liberação: _____	

Exame:

Anti COVID-19 IgG/IgM Rapid Test BasePoint COVID-19 IgG/IgM BIOSYNEX COVID-19 BSS
 CORONAVÍRUS IgG/IgM (COVID-19) BasePoint COVID-19 IgG/IgM COVID-19 Ag ECO Teste
 COVID-19 IgG/IgM COVID-19 IgG/IgM Bio COVID-19 IgG/IgM Eco Teste
 COVID-19 IgG/IgM LF COVID-19 IgG/IgM test DPP® COVID-19 IgG/IgM System
 Família COVID-19 IgG/IgM Teste Rápido (Sangue total/ Soro/ Plasma) Influenza
 Família Teste Rápido em Cassete 2019-nCoV IgG/IgM (Sangue total/ Soro/ Plasma)
 Lumiratek COVID-19 (IgG/IgM) MedTeste Coronavírus (COVID-19) IgG/IgM (TESTE RÁPIDO)
 One Step COVID-2019 Test QuickProfile COVID-19 Combo Test Card Smart Test Covid-19 Vyttra
 Teste Rápido Covid-19 15 minutos Nutriex Teste Rápido Covid-19 15 minutos Nutriex
 TR DPP® COVID-19 IGG/IGM - Bio-Manguinhos Vírus Respiratório

Resultado: <input type="radio"/> Reagente <input type="radio"/> Não Reagente <input type="radio"/> Inconclusivo	Método do exame: <input type="radio"/> RT-PCR <input type="radio"/> Teste Rápido <input type="radio"/> Não informado
--	---

Resultado para vírus respiratório:

Influenza A Influenza B Adenovírus Vírus Sincicial Respiratório Parainfluenza (1-4) Rinovírus
 Metapneumo Coronavírus (OC43, 229E, HKU1, NL63) Coronavírus (SARS-COV2)
 Negativo para o painel viral Outro vírus

DESLOCAMENTO

Histórico de viagem: <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não informado	Local: []	Data de ida: []
Data do retorno []	Descritivo da viagem: []	Data de chegada ao Brasil: []
Contato com suspeito: <input type="radio"/> Suspeito <input type="radio"/> Confirmado	Local do contato: <input type="radio"/> Domicílio <input type="radio"/> Unidade de saúde <input type="radio"/> Local de trabalho <input type="radio"/> Desconhecido <input type="radio"/> Outro local	
Nome do caso fonte: []	Descrição do local: []	Frequentou Unidade de Saúde: <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não informado
CNES da unidade: []	Descrição da unidade: []	
DADOS DO NOTIFICANTE		
CNES: []	Unidade: []	UF: []
Município: []	Notificador: []	
Email: []	Ocupação: []	Telefone: []
CLASSIFICAÇÃO FINAL		
Classificação de caso: <input type="radio"/> Suspeito <input type="radio"/> Confirmado <input type="radio"/> Descartado		Critério: <input type="radio"/> Laboratorial <input type="radio"/> Clínico/Epidemiológico <input type="radio"/> Não aplica
Evolução: <input type="radio"/> Cura <input type="radio"/> Óbito <input type="radio"/> Ignorado	Número da DO: []	
Data da evolução: []	Data de encerramento: []	Excluir ficha: <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
Motivo exclusão: []		