



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		Nome: _____		6	
					Sexo: 1-Masculino 2-Feminino  __  9-Ignorado	
	7		Data de nascimento: _____		8	
			(ou) Idade: __ __ __ 1-Dia 2-Mês 3-Ano  __		9	
					Ocupação: _____	
	10		Gestante:  __  1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4-Idade Gestacional Ignorada 5-Não 6-Não se aplica 9-Ignorado			
	11		Raça/Cor:  __  1-Branca 2-Negra 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9-Ignorado			
12		Se indígena, qual etnia? _____				
13		É membro de povo ou comunidade tradicional? (Marcar X)  __  Sim  __  Não		14		
				Se sim, qual? _____		
15		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				
16		Nome da mãe: _____				
Dados de Residência	17		CEP: __ __ __ __ __ - __ __			
	18		UF: _____	19		
			Município: _____		Código (IBGE): _____	
	20		Bairro: _____	21		Logradouro (Rua, Avenida, etc.): _____
					22	
				Nº _____		
23		Complemento (apto, casa, etc.) _____		24		
				(DDD) Telefone: _____		
25		Zona:  __  1-Urbana 2-Rural 3-Periurbana 9-Ignorado		26		
				País: (se residente fora do Brasil) _____		
Dados Clínicos e Epidemiológicos	27		Paciente trabalha ou tem contato direto com aves ou suínos?  __  1-Sim 2-Não 9-Ignorado			
	28		Data dos 1ºs Sintomas: _____		29	
					Sinais e Sintomas: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado  __  Febre  __  Tosse  __  Dor de Garganta  __  Outros _____	
	30		Fatores de risco: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado			
			__  Puérpera (até 42 dias do parto)		__  Doença Cardiovascular Crônica	
		__  Síndrome de Down		__  Doença Hepática Crônica		
		__  Diabetes <i>mellitus</i>		__  Doença Neurológica Crônica		
		__  Imunodeficiência/Imunodepressão		__  Doença Renal Crônica		
31		Recebeu vacina contra Gripe? (últimos 12 meses) 1-Sim 2-Não 9-Ignorado		32		
				Nº de doses _____		
33		Data da última dose _____				

