



CASO DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE (SRAG-HOSPITALIZADO): Indivíduo com *SG que apresente: **dispneia/desconforto respiratório OU pressão persistente no tórax OU saturação de O₂ 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 ^{os} 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: __ __ __		14	Gestante: __			
					1-Dia 2-Mês 3-Ano __		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 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 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 __ Síndrome de Down __ Doença Hepática Crônica __ Asma __ Diabetes <i>mellitus</i> __ 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	Data da dose vacina COVID-19: Data da 1ª dose: __ __ __ __ __ __ Data da 2ª dose: __ __ __ __ __ __ Data da dose reforço: __ __ __ __ __ __ Data da 2ª dose reforço: __ __ __ __ __ __				
38		Fabricante vacina COVID-19: Fabricante 1ª dose: _____ Fabricante 2ª dose: _____ Fabricante dose reforço: _____ Fabricante 2ª dose reforço: _____				39	Lote da vacina COVID-19: Lote 1ª dose _____ Lote 2ª dose _____ Lote dose reforço _____ Lote 2ª dose reforço _____				
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-Oseltamivir 2-Zanamivir 3-Outro, especifique: _____	44	Data início do tratamento: _____
	45	Recebeu tratamento antiviral para covid-19? __ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	46	Qual antiviral? __ 1- Nirmatrevir/ritonavir (Paxlovid®) 2- Baricitinibe (Olumiant®) 3-Outro, especifique _____	47	Data início do tratamento: _____
	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: _____	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 do 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-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 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-Aguarda resultado 9 Ignorado	77	Data do resultado: _____		
	78	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	79	Critério de Encerramento: __ 1- Laboratorial 2- Clínico Epidemiológico 3- Clínico 4- Clínico-Imagem		
80	Evolução do Caso: __ 1- Cura 2- Óbito 3-Óbito por outras Causas 9-Ignorado	81	Data da alta ou óbito: _____	82	Data do Encerramento: _____	
83	Número D.O: __ __ __ __ __ __ __ __ __ - __					
84	OBSERVAÇÕES:					

85	Profissional de Saúde Responsável: _____	86	Registro Conselho/Matrícula: _____
----	--	----	------------------------------------