

FICHA DE REGISTRO INDIVIDUAL - DESTINADA PARA UNIDADES COM INTERNAÇÃO

**SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE (SRAG) - INTERNADA OU ÓBITO POR SRAG CID - J11**

**VIGILÂNCIA DE INFLUENZA POR MEIO DE SRAG-INTERNADA OU ÓBITO POR SRAG:**

indivíduo de qualquer idade, INTERNADO com SÍNDROME GRIPAL<sup>1</sup> e que apresente Dispnéia OU Saturação de O<sub>2</sub> <95% OU Desconforto Respiratório. Deve ser registrado o óbito por SRAG independente de internação.

**DADOS DA UNIDADE DE SAÚDE, DO INDIVÍDUO E DE SUA RESIDÊNCIA**

1. Data do preenchimento	2. UF	3. Município de registro do caso	Código (IBGE)
4. Unidade de Saúde de identificação do caso (hospital, PS, UPA, policlínica)		Código (CNES)	5. Data dos Primeiros Sintomas
6. Nome		7. Número do Cartão SUS	
8. Data de Nascimento	9. (ou) Idade	10. Sexo	11. Gestante
	<input type="checkbox"/> 1 - Hora <input type="checkbox"/> 2 - Dia <input type="checkbox"/> 3 - Mês <input type="checkbox"/> 4 - Ano	<input type="checkbox"/> M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> I - Ignorado	<input type="checkbox"/> 1. 1º Trimestre <input type="checkbox"/> 2. 2º Trimestre <input type="checkbox"/> 3. 3º Trimestre <input type="checkbox"/> 4. Idade Gestacional Ignorada <input type="checkbox"/> 5. Não <input type="checkbox"/> 6. Não se aplica <input type="checkbox"/> 9. Ignorado
12. Raça/Cor	13. Escolaridade	14. Nome da Mãe	
<input type="checkbox"/> 1-Branca <input type="checkbox"/> 2-Preta <input type="checkbox"/> 3-Amarela <input type="checkbox"/> 4-Parda <input type="checkbox"/> 5-Indígena <input type="checkbox"/> 9- Ignorado	<input type="checkbox"/> 0. Analfabeto <input type="checkbox"/> 1. Fundamental (1-9 anos) <input type="checkbox"/> 2. Médio (1-3 anos) <input type="checkbox"/> 3. Superior <input type="checkbox"/> 9. Ignorado <input type="checkbox"/> 10. Não se aplica		
15. UF	16. Município de Residência	Código (IBGE)	17. Distrito
18. Bairro		19. Logradouro (rua, avenida,...)	
20. Número		21. Complemento (edifício, apartamento, casa, ...)	
22. Ponto de Referência			23. CEP
24. (DDD) Telefone		25. Zona	26. País (se residente fora do Brasil)
		<input type="checkbox"/> 1 - Urbana <input type="checkbox"/> 2 - Rural <input type="checkbox"/> 3 - Periurbana <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	

**ANTECEDENTES E HISTÓRICO DA INTERNAÇÃO OU DO ÓBITO**

27. Recebeu Vacina contra Gripe nos últimos 12 meses?		28. Se sim, data da última dose	
<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado			
29. Principais sinais e sintomas			
<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado			
<input type="checkbox"/> Febre	<input type="checkbox"/> Tosse	<input type="checkbox"/> Dor de Garganta	<input type="checkbox"/> Dispneia
<input type="checkbox"/> Desconforto respiratório	<input type="checkbox"/> Mialgia	<input type="checkbox"/> Saturação de O <sub>2</sub> < 95%	
<input type="checkbox"/> Outros sinais e sintomas importantes: _____			
30. Fatores de Risco			
<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado			
<input type="checkbox"/> Pneumopatias Crônicas	<input type="checkbox"/> Doença Cardiovascular Crônica	<input type="checkbox"/> Imunodeficiência/Imunodepressão	<input type="checkbox"/> Doença Hepática Crônica
<input type="checkbox"/> Doença Neurológica Crônica	<input type="checkbox"/> Doença Renal Crônica	<input type="checkbox"/> Síndrome de Down	<input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus
<input type="checkbox"/> Puerpério (até 42 dias do parto)	<input type="checkbox"/> Obesidade. Se sim, especifique: IMC = _____		
<input type="checkbox"/> Outros fatores de risco relacionados com a SRAG: _____			
31. Uso de antiviral?		32. Data de início do tratamento	
<input type="checkbox"/> 1 - Não usou <input type="checkbox"/> 2 - Oseltamivir <input type="checkbox"/> 3 - Zanamivir <input type="checkbox"/> 4 - Outro, especifique: _____ <input type="checkbox"/> 9. Ignorado			
33. Ocorreu internação?	34. Data da internação	35. UF	36. Município da unidade de internação
<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado			Código (IBGE)
37. Nome da unidade de saúde da internação (Hospital, Pronto-Socorro, UPA, Policlínica)			Código (CNES)
38. Raio X de Tórax (registrar preferencialmente o mais sugestivo para o diagnóstico de SRAG)			39. Data do Raio X
<input type="checkbox"/> 1. Normal <input type="checkbox"/> 2. Infiltrado intersticial <input type="checkbox"/> 3. Consolidação <input type="checkbox"/> 4. Misto <input type="checkbox"/> 5. Outro: _____ <input type="checkbox"/> 6. Não realizado <input type="checkbox"/> 9. Ignorado			
40. Fez uso de suporte ventilatório?			
<input type="checkbox"/> 1. Não usou <input type="checkbox"/> 2. Sim, invasivo <input type="checkbox"/> 3. Sim, não invasivo <input type="checkbox"/> 9. Ignorado			
41. Foi Internado em Unidade de Terapia Intensiva?		42. Data de entrada na UTI	43. Data de saída na UTI
<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado			

## DADOS LABORATORIAIS

44. Coletou que tipo de amostra?

1. Não coletou 2. Secreção de oro e nasofaringe 3. Tecido post-mortem  
4. Lavado Bronco-alveolar 5. Outro, especifique: \_\_\_\_\_  
9- Ignorado

45. Data da Coleta

46. Metodologia realizada: 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

IFI

Data do Resultado - IFI

RT-PCR

Tipo de RT-PCR:  
1. Convencional 2. Em tempo real

Data do Resultado - RT-PCR

Outro método, especifique (ex. cultura):

Data do Resultado do outro método

47. Diagnóstico Etiológico:

1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Inconclusivo 4 - Não realizado

Influenza A — Se positivo para influenza A, qual subtipo: 1- Influenza A(H1N1)pdm09 2- Influenza A/H1 sazonal 3- Influenza A/H3 sazonal

Influenza B 4- Influenza A não subtipado 5- Influenza A/H3N2v  
6- Outro subtipo de Influenza A, especifique: \_\_\_\_\_

Outros agentes etiológicos respiratórios:

Vírus Sincicial Respiratório (VSR)  Parainfluenza 1  Parainfluenza 2  Parainfluenza 3  Adenovírus

Outro vírus ou agente etiológico, especifique: \_\_\_\_\_

## CONCLUSÃO

48. Classificação final da SRAG - Internada ou Óbito por SRAG

1. SRAG por Influenza 2. SRAG por outros vírus respiratórios  
3. SRAG por outros agentes etiológicos, especifique: \_\_\_\_\_   
4. SRAG não especificada

49. Critério de Confirmação

1. Laboratorial   
2. Clínico-Epidemiológico   
3. Clínico

50. Evolução clínica

1. Recebeu alta por cura   
2. Evoluiu para óbito  
9. Ignorado

51. Data da alta ou óbito

52. Data do Encerramento

## ORIENTAÇÕES SOBRE A VIGILÂNCIA SÍNDROMICA DE INFLUENZA

1. CONCEITO DE SÍNDROME GRIPAL (PROTOCOLO DE TRATAMENTO):

- > 6 meses de idade: febre de início súbito, mesmo que referida, acompanhado de tosse ou dor de garganta e pelo menos um dos sintomas: cefaleia, mialgia ou artralgia.
- < 6 meses de idade: febre de início súbito mesmo que referida e sintomas respiratórios.

Obs.: maiores informações acesse o Protocolo de Tratamento em [www.saude.gov.br/svs](http://www.saude.gov.br/svs).

- Não aguardar resultado laboratorial para registrar a ficha no Sinan Influenza On-Line.
- Lembrar de atualizar a evolução no encerramento da investigação.
- No caso de co-infecção, priorizar o resultado de Influenza para a Classificação Final.
- A ficha deve ser disponibilizada somente em Unidades Hospitalares ou unidades de saúde com estrutura para internação.

## ANOTAÇÕES

## DADOS DO RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO (PARA CONTROLE LOCAL)

UF	Município	Nome da Unidade	Código da Unidade de Saúde
Nome	Função	Assinatura	