

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                        | Tem CPF? ____ 1-Sim 2-Não                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                  | 6                                                                                                   | CPF: ____/____/____-____                                                                                                                                                                                                                                            |                                              |                                     |
|                       | 7                        | Estrangeiro ____ 1-Sim 2-Não                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                  |                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                              |                                     |
|                       | 8                        | Cartão Nacional de Saúde (CNS): ____/____/____-____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                  |                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                              |                                     |
|                       | 9                        | Nome: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                  |                                                                                                     | 10                                                                                                                                                                                                                                                                  | Sexo: 1-Masculino 2-Feminino 9-Ignorado ____ |                                     |
|                       | 11                       | Data de nascimento: ____/____/____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 12               | (ou) Idade: ____/____/____<br>1-Dia 2-Mês 3-Ano ____                                                | 13                                                                                                                                                                                                                                                                  | Ocupação: _____                              |                                     |
|                       | 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-Negra 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9-Ignorado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                  |                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                              |                                     |
|                       | 16                       | Se indígena, qual etnia? _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                  |                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                              |                                     |
|                       | 17                       | É membro de povo ou comunidade tradicional? (Marcar X) ____ Sim ____ 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                    | Nome da mãe: _____       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                  |                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                              |                                     |
| Dados de Residência   | 21                       | CEP: ____/____/____-____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                  |                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                              |                                     |
|                       | 22                       | UF: ____/____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 23               | Município: _____                                                                                    | Código (IBGE): ____/____/____                                                                                                                                                                                                                                       |                                              |                                     |
|                       | 24                       | Bairro: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 25               | Logradouro (Rua, Avenida, etc.): _____                                                              | 26                                                                                                                                                                                                                                                                  | Nº _____                                     |                                     |
|                       | 27                       | Complemento (apto, casa, etc.) _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                  | 28                                                                                                  | (DDD) Telefone: ____-____/____/____                                                                                                                                                                                                                                 |                                              |                                     |
|                       | 29                       | Zona: ____ 1-Urbana 2-Rural 3-Periurbana 9-Ignorado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 30               | País: (se residente fora do Brasil) _____                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                              |                                     |
| Dados Epidemiológicos | 31                       | 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                  |                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                              |                                     |
|                       | 32                       | Data dos 1ºs Sintomas: ____/____/____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 33               | Sinais e Sintomas: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado<br>____ Febre ____ Tosse ____ Dor de Garganta ____ Outros |                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                              |                                     |
|                       | 34                       | Possui fatores de risco/comorbidades? 1-Sim 2-Não 9-Ignorado<br>____ Puérpera (até 45 dias do parto) ____ Doença Cardiovascular Crônica ____ Doença Hematológica Crônica ____ Tabagismo<br>____ Síndrome de Down ____ Doença Hepática Crônica ____ Asma<br>____ Diabetes mellitus ____ Doença Neurológica Crônica ____ Outra Pneumopatia Crônica ____ Outros _____<br>____ Imunodeficiência/Imunodepressão ____ Doença Renal Crônica ____ Obesidade, IMC ____ |                  |                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                              |                                     |
|                       | 35                       | Recebeu vacina COVID-19? ____ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                  | 36                                                                                                  | Data da dose vacina COVID-19:<br>Data da 1ª dose: ____/____/____ Data da 2ª dose: ____/____/____<br>Data da dose reforço: ____/____/____ Data da 2ª dose reforço: ____/____/____<br>Data dose adicional: ____/____/____ Data dose reforço bivalente: ____/____/____ |                                              |                                     |
|                       | 37                       | Fabricante vacina COVID-19:<br>Fabricante 1ª dose: _____<br>Fabricante 2ª dose: _____<br>Fabricante dose reforço: _____<br>Fabricante 2ª dose reforço: _____<br>Fabricante dose adicional: _____<br>Fabricante dose reforço bivalente: _____                                                                                                                                                                                                                  |                  | 38                                                                                                  | Lote da vacina COVID-19:<br>Lote 1ª dose: _____<br>Lote 2ª dose: _____<br>Lote da dose reforço: _____<br>Lote 2ª dose reforço: _____<br>Lote dose adicional: _____<br>Lote dose reforço bivalente: _____                                                            |                                              |                                     |
|                       | 39                       | Recebeu vacina contra Gripe? (Últimos 12 meses) ____ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                  | 40                                                                                                  | Nº de doses: ____ 1-1 dose 2-2 doses                                                                                                                                                                                                                                | 41                                           | Data da última dose: ____/____/____ |

|                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                    |                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Dados Laboratoriais                                                                                                                                | 42                                                                                                                                                                                                                                                                       | Uso de antiviral: <input type="checkbox"/> 1-Não 2-Oseltamivir 3-Zanamivir 4-Outro, especifique: _____ 9-Ignorado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 43                                                                                                 | Data do início do tratamento<br>____ ____ ____                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                        |
|                                                                                                                                                    | 44                                                                                                                                                                                                                                                                       | Recebeu tratamento antiviral para covid-19?<br><input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 45                                                                                                 | Qual antiviral? <input type="checkbox"/> 1- Nirmatrevir/ritonavir (Paxlovid®) 2- Baricitinibe (Olumiant®) 3- Outro, especifique _____                          |                                                                                                                                                                                                        |
|                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 46                                                                                                 | Data do início do tratamento:<br>____ ____ ____                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                        |
|                                                                                                                                                    | 47                                                                                                                                                                                                                                                                       | Data da coleta: ____ ____ ____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 48                                                                                                 | Tipo de amostra: <input type="checkbox"/> 1-Secreção de Nasofaringe 2-Lavado Bronco-alveolar 3-Tecido <i>post-mortem</i> 4-Outra, qual? _____ 5-LCR 9-Ignorado |                                                                                                                                                                                                        |
|                                                                                                                                                    | 49                                                                                                                                                                                                                                                                       | Nº Requisição do GAL: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 50                                                                                                 | Se realizado Imunofluorescência marcar = 1<br><input type="checkbox"/> 1- Imunofluorescência (IF)                                                              |                                                                                                                                                                                                        |
|                                                                                                                                                    | 51                                                                                                                                                                                                                                                                       | Data do resultado da Imunofluorescência: ____ ____ ____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 52                                                                                                 | Resultado da Imunofluorescência: <input type="checkbox"/> 1-Positivo 2-Negativo 3- Inconclusivo 4-Não realizado 5-Aguardando resultado 9-Ignorado              |                                                                                                                                                                                                        |
|                                                                                                                                                    | 53                                                                                                                                                                                                                                                                       | Laboratório que realizou a Imunofluorescência: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Código (CNES): ____ ____ ____ ____ ____ ____                                                       |                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                        |
|                                                                                                                                                    | 54                                                                                                                                                                                                                                                                       | Agente Etiológico- Imunofluorescência:<br>Positivo para Influenza? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se sim, qual influenza? <input type="checkbox"/> 1- Influenza A 2- Influenza B<br>Positivo para outros vírus? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se outros vírus respiratórios qual(is)? (marcar X) <input type="checkbox"/><br>Vírus Sincial Respiratório (VSR) <input type="checkbox"/> Parainfluenza 1 <input type="checkbox"/> Parainfluenza 2 <input type="checkbox"/> Parainfluenza 3 <input type="checkbox"/> Parainfluenza 4 <input type="checkbox"/> Adenovírus <input type="checkbox"/><br>Outro vírus respiratório, especifique: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                    |                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                        |
|                                                                                                                                                    | 55                                                                                                                                                                                                                                                                       | Resultado da RT- PCR/outro método por Biologia Molecular: <input type="checkbox"/> 1-Detectável 2-Não Detectável 3-Inconclusivo 4- Não realizado 5-Aguardando resultado 9-Ignorado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 56                                                                                                 | Data do resultado RT-PCR/outro método por Biologia Molecular: ____ ____ ____                                                                                   |                                                                                                                                                                                                        |
|                                                                                                                                                    | 57                                                                                                                                                                                                                                                                       | Agente Etiológico - RT-PCR/outro método por Biologia Molecular:<br>Positivo para Influenza? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se sim, qual influenza? <input type="checkbox"/> 1- Influenza A 2- Influenza B<br>Influenza A, qual subtipo? (marcar X) <input type="checkbox"/> Influenza A(H1N1)pdm09 <input type="checkbox"/> Influenza A (H3N2) <input type="checkbox"/> Influenza A não subtipável <input type="checkbox"/> Influenza A não subtipado <input type="checkbox"/> Outro, especifique: _____ <input type="checkbox"/> Inconclusivo<br>Influenza B, qual linhagem? <input type="checkbox"/> 1-Victoria 2-Yamagata 3-Não realizado 4-Inconclusivo 5-Outro, especifique: _____<br>Positivo para outros vírus respiratórios? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado<br>Se outros vírus respiratórios, qual(is)? (marcar X)<br><input type="checkbox"/> SARS-CoV-2 <input type="checkbox"/> Vírus Sincial Respiratório (VSR) <input type="checkbox"/> Parainfluenza 1 <input type="checkbox"/> Parainfluenza 2 <input type="checkbox"/> Parainfluenza 3 <input type="checkbox"/> Parainfluenza 4 <input type="checkbox"/> Adenovírus <input type="checkbox"/> Metapneumovírus <input type="checkbox"/> Bocavírus <input type="checkbox"/> Rinovírus <input type="checkbox"/> Outro vírus respiratório, especifique: _____ |                                                                                                    |                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                        |
| 58                                                                                                                                                 | Laboratório que realizou RT-PCR/outro método por Biologia Molecular: _____ Código (CNES): ____ ____ ____ ____ ____ ____                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                    |                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                        |
| Conclusão                                                                                                                                          | 59                                                                                                                                                                                                                                                                       | Classificação final do caso <input type="checkbox"/><br><br>Tipo Subtipo, se influenza A.<br>1-SG por influenza <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (marcar conforme categorias do campo agente etiológico)<br><br>2-SG por outro vírus respiratório<br>3-SG por outro agente etiológico, especifique: _____<br>4-SG não especificado<br>5-SG por covid-19                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 60                                                                                                 | Faz parte de uma cadeia de surto de SG?<br><input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado                                                                     |                                                                                                                                                                                                        |
|                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 61                                                                                                 | É um caso de co-deteção?<br><input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado                                                                                    |                                                                                                                                                                                                        |
|                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 62                                                                                                 | Data do Encerramento:<br>____ ____ ____                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                        |
| 63                                                                                                                                                 | Observações:                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                    |                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                        |
| 64                                                                                                                                                 | Profissional de Saúde Responsável: _____                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 65                                                                                                 | Registro Conselho/Matrícula: ____ ____ ____ ____ ____ ____                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                        |
| <b>SARS-CoV-2: Vigilância Genômica Epidemiológica e Reinfecção (campos a serem preenchidos pelas equipes de vigilância, conforme fluxo local):</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                    |                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                        |
| 66                                                                                                                                                 | Designação da variante (OMS): <input type="checkbox"/><br>1- Ômicron 2- Delta 3- Alfa 4- Beta 5- Gama 6- Recombinante (Exemplos: XE, XF, XQ, XS...) 7- Outra, especifique: _____                                                                                         | 67                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Linhagem da variante: _____                                                                        | 68                                                                                                                                                             | Método laboratorial mais recente: <input type="checkbox"/><br>1- Sequenciamento genômico completo 2- Sequenciamento genômico parcial 3. RT-PCR em tempo real de inferência 4-Outro, especifique: _____ |
| 69                                                                                                                                                 | Nome do laboratório: _____                                                                                                                                                                                                                                               | 70                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Código (CNES) do laboratório: ____ ____ ____ ____ ____ ____                                        | 71                                                                                                                                                             | Data do resultado: ____ ____ ____                                                                                                                                                                      |
| 72                                                                                                                                                 | Encerramento do caso (para VOC, VOI ou VUM): <input type="checkbox"/><br>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 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                    | 73                                                                                                                                                             | Possível caso de reinfecção por covid-19? <input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não 9- Ignorado                                                                                                           |
| 74                                                                                                                                                 | Profissional responsável pelo preenchimento: _____                                                                                                                                                                                                                       | 75                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Estabelecimento responsável pelo preenchimento: _____ Código (CNES): ____ ____ ____ ____ ____ ____ |                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                        |