

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.

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: ____/____/____ 1-Dia 2-Mês 3-Ano __	14	Gestante: __ 1-1 ^o Trimestre 2-2 ^o Trimestre 3-3 ^o 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 1 ^o ciclo (1 ^a a 5 ^a série) 2-Fundamental 2 ^o ciclo (6 ^a a 9 ^a série) 3-Médio (1 ^o ao 3 ^o ano) 4-Superior 5-Não se aplica 9-Ignorado				
20	Ocupação: _____		21	Nome da mãe: _____		
Dados de residência	22	CEP: ____/____-____				
	23	UF: ____/____	24	Município: _____		
	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, aves e/ou suínos 2-Não, nenhum __ 3-Sim, outros, 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 __ Tabagismo __ Síndrome de Down __ Doença Hepática Crônica __ Asma __ Diabetes mellitus __ Doença Neurológica Crônica __ Outra Pneumopatia Crônica __ Outros _____ __ Imunodeficiência/Imunodepressão __ Doença Renal Crônica __ Obesidade, IMC __				
	36	Recebeu vacina COVID-19? __ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado		37	Data da dose vacina COVID-19: Data da 1 ^a dose: ____/____/____ Data da dose reforço: ____/____/____ Data da 2 ^a dose: ____/____/____ Data da 2 ^a dose reforço: ____/____/____ Data da dose adicional: ____/____/____ Data dose reforço bivalente: ____/____/____	
	38	Fabricante vacina COVID-19: Fabricante 1 ^a dose: _____ Fabricante 2 ^a dose: _____ Fabricante dose reforço: _____ Fabricante 2 ^a dose reforço: _____ Fabricante dose adicional: _____ Fabricante dose reforço bivalente: _____		39	Lote da vacina COVID-19: Lote 1 ^a dose _____ Lote 2 ^a dose _____ Lote dose reforço _____ Lote 2 ^a dose reforço _____ Lote dose adicional _____ Lote dose reforço bivalente: _____	
	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 1 ^a dose: ____/____/____ (1 ^a dose para crianças vacinadas pela primeira vez) Data da 2 ^a dose: ____/____/____ (2 ^a dose para crianças vacinadas pela primeira vez)					
	Atendimento	42	Usou antiviral para gripe? __ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado		43	Qual antiviral? __ 1-Osetamivir 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: <input type="checkbox"/> 1-Sim, invasivo 2-Sim, não invasivo 3-Não 9-Ignorado	57	Raio X de Tórax: <input type="checkbox"/> 1-Normal 2-Infiltrado intersticial 3-Consolidação 4-Misto 5-Outro: _____ 6-Não realizado 9-Ignorado	58	Data do Raio X: _____
	59	Aspecto Tomografia <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	62	Data da coleta: _____	63	Tipo de amostra: <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> 1-Imunofluorescência (IF) 2-Teste rápido antigênico		
	66	Data do resultado da pesquisa de antígenos: _____	67	Resultado da Teste antigênico: <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se sim, qual influenza? <input type="checkbox"/> 1-Influenza A 2-Influenza B Positivo para outros vírus? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se outros vírus respiratórios qual(is)? (marcar X) <input type="checkbox"/> SARS-CoV-2 <input type="checkbox"/> Vírus Sincicial Respiratório <input type="checkbox"/> Parainfluenza 1 <input type="checkbox"/> Parainfluenza 2 <input type="checkbox"/> Parainfluenza 3 <input type="checkbox"/> Adenovírus <input type="checkbox"/> Outro vírus respiratório, especifique: _____				
	70	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	71	Data do resultado RT-PCR/outro método por Biologia Molecular: _____		
	72	Agente Etiológico - RT-PCR/outro método por Biologia Molecular: 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 Influenza A, qual subtipo? <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> 1-Victoria 2-Yamagata 3-Não realizado 4-Inconclusivo 5-Outro, especifique: _____ Positivo para outros vírus? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se outros vírus respiratórios, qual(is)? (marcar X) <input type="checkbox"/> SARS-CoV-2 <input type="checkbox"/> Vírus Sincicial Respiratório <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: _____				
	73	Laboratório que realizou RT-PCR/outro método por Biologia Molecular: _____ Código (CNES): _____				
	74	Tipo de amostra sorológica para SARS-Cov-2: <input type="checkbox"/> 1-Sangue/plasma/soro 2-Outra, qual? _____ 9-Ignorado	75	Data da coleta: _____		
	76	Tipo de Sorologia para SARS-Cov-2: <input type="checkbox"/> 1-Teste rápido 2-Elisa 3-Quimiluminescência 4-Outro, qual? _____ Resultado do Teste Sorológico para SARS-CoV-2: <input type="checkbox"/> IgG <input type="checkbox"/> IgM <input type="checkbox"/> IgA 1-Positivo 2-Negativo 3-Inconclusivo 4-Não realizado 5-Aguarda resultado 9-Ignorado	77	Data do resultado: _____		
	Conclusão	78	Faz parte de uma cadeia de surto de SG? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	79	É um caso de co-deteção? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	
80		Classificação final do caso: <input type="checkbox"/> 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	81	Critério de Encerramento: <input type="checkbox"/> 1-Laboratorial 2-Clinico Epidemiológico 3-Clinico 4-Clinico-Imagem		
82		Evolução do Caso: <input type="checkbox"/> 1-Cura 2-Óbito 3-Óbito por outras Causas 9-Ignorado	83	Data da alta ou óbito: _____	84	Data do Encerramento: _____
	85	Número D.O: _____ - _____				
86	OBSERVAÇÕES:					
87	Profissional de Saúde Responsável: _____	88	Registro Conselho/Matrícula: _____			
SARS-CoV-2: Vigilância Genômica Epidemiológica e Reinfecção (campos a serem preenchidos pelas equipes de vigilância, conforme fluxo local):						
89	Designação da variante (OMS): <input type="checkbox"/> 1-Ômicron 2-Delta 3-Alfa 4-Beta 5-Gama 6-Recombinante (Exemplos: XE, XF, XQ, XS...) 7-Outra, especifique: _____	90	Linhagem da variante: _____	91	Método laboratorial mais recente: <input type="checkbox"/> 1-Sequenciamento genômico completo 2-Sequenciamento genômico parcial 3-RT-PCR em tempo real de inferência 4-Outro, especifique: _____	
92	Nome do laboratório: _____	93	Código (CNES) do laboratório: _____	94	Data do resultado: _____	
95	Encerramento do caso (para VOC, VOI ou VUM): <input type="checkbox"/> 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	96	Possível caso de reinfecção por covid-19? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado			
97	Profissional responsável pelo preenchimento: _____	98	Estabelecimento responsável pelo preenchimento: _____	Código (CNES): _____		