

**CASO DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE (SRAG-HOSPITALIZADO):** Indivíduo com SG que apresente: dispneia/desconforto respiratório OU pressão persistente no tórax OU saturação de O<sub>2</sub> 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 1ºs 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  __
	15	Raça/Cor:  __  1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9-Ignorado	14	Gestante:  __  1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4-Idade Gestacional Ignorada 5-Não 6-Não se aplica 9-Ignorado
	16	Se indígena, qual etnia? _____		
	17	É membro de povo ou comunidade tradicional?  __  1-Sim 2-Não	18	Se sim, qual? _____
	19	Escolaridade:  __  0-Sem escolaridade/Analfabeto 1-Fundamental 1º ciclo (1ª a 5ª série) 2- Fundamental 2º ciclo (6ª a 9ª série) 3-Médio (1º ao 3º ano) 4-Superior 5-Não se aplica 9-Ignorado		
20	Ocupação: _____	21	Nome da mãe: _____	
Dados de residência	22	CEP: ____/____/____-____/____		
	23	UF: ____/____	24	Município: _____ Código (IBGE): ____/____/____/____
	25	Bairro: _____	26	Logradouro (Rua, Avenida, etc.): _____
	27	Nº: _____		
	28	Complemento (apto, casa, etc...): _____	29	(DDD) Telefone: ____-____/____/____
	30	Zona:  __  1-Urbana 2-Rural 3-Periurbana 9-Ignorado	31	País: (se residente fora do Brasil) _____
Dados Clínicos e Epidemiológicos	32	Trata-se de caso nosocomial (infecção adquirida no hospital)?  __  1-Sim 2-Não 9-ignorado		
	33	Paciente trabalha ou tem contato direto com aves, suínos, ou outro animal?  __  1-Sim, 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 <sub>2</sub> < 95%  __  Diarreia  __  Vômito  __  Dor abdominal  __  Fadiga  __  Perda do olfato  __  Perda do paladar  __  Outros _____		
	35	Possui fatores de risco/comorbidades?  __  1-Sim 2-Não 9-ignorado Se sim, qual(is)? (Marcar X)  __  Puérpera (até 45 dias do parto)  __  Doença Cardiovascular Crônica  __  Doença Hematológica Crônica  __  Síndrome de Down  __  Doença Hepática Crônica  __  Asma  __  Diabetes mellitus  __  Doença Neurológica Crônica  __  Outra Pneumopatia Crônica  __  Imunodeficiência/Imunodepressão  __  Doença Renal Crônica  __  Obesidade, IMC  ____   __  Tabagismo  __  Outros _____		
	36	Recebeu vacina COVID-19?  __  1-Sim 2-Não 9-ignorado	37	Data da dose vacina COVID-19: Data da 1ª dose: ____/____/____ Data da dose reforço: ____/____/____ Data da 2ª dose: ____/____/____ Data da 2ª dose reforço: ____/____/____ Data da dose adicional: ____/____/____
	38	Fabricante vacina COVID-19: Fabricante 1ª dose: _____ Fabricante 2ª dose: _____ Fabricante dose reforço: _____ Fabricante 2ª dose reforço: _____ Fabricante dose adicional: _____	39	Lote da vacina COVID-19: Lote 1ª dose _____ Lote 2ª dose _____ Lote dose reforço _____ Lote 2ª dose reforço _____ Lote dose adicional _____
	40	Recebeu vacina contra Gripe na última campanha?  __  1-Sim 2-Não 9-ignorado	41	Data da vacinação: ____/____/____
		Se < 6 meses: a mãe recebeu a vacina?  __  1-Sim 2-Não 9-ignorado Se sim, data: ____/____/____ a mãe amamenta a criança?  __  1-Sim 2-Não 9-ignorado		
		Se >= 6 meses e <= 8 anos: Data da dose única 1/1: ____/____/____ (dose única para crianças vacinadas em campanhas de anos anteriores) Data da 1ª dose: ____/____/____ (1ª dose para crianças vacinadas pela primeira vez) Data da 2ª dose: ____/____/____ (2ª dose para crianças vacinadas pela primeira vez)		
	Atendimento	42	Usou antiviral para gripe?  __  1-Sim 2-Não 9-ignorado	43
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-Secção 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/outra 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/outra método por Biologia Molecular: _____		
	72	Agente Etiológico - RT-PCR/outra 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/outra 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-Clínico Epidemiológico		
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): _____	