



FICHA DE REGISTRO INDIVIDUAL - CASOS DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE HOSPITALIZADO

CASO DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE (SRAG-HOSPITALIZADO):

Indivíduo hospitalizado com febre, mesmo que referida, acompanhada de tosse ou dor de garganta e que apresente dispneia ou saturação de O₂ < 95% ou desconforto respiratório ou que evoluiu para óbito por SRAG independente de internação.

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	CPF do cidadão:				
	7	Nome:			8	Sexo: 1- Masc. 2- Fem. 9- Ign
	9	Data de nascimento:	10	(ou) Idade:	11	Gestante:
				1-Dia 2-Mês 3-Ano		
	12	Raça/Cor:			1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4-Idade Gestacional Ignorada 5-Não 6-Não se aplica 9-Ignorado	
	13	Se indígena, qual etnia?				
Dados de residência	14	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					
	15	Ocupação:		16	Nome da mãe:	
	17	CEP:				
	18	UF:	19	Município:	Código (IBGE):	
	20	Bairro:	21	Logradouro (Rua, Avenida, etc.):	22	Nº:
Dados Clínicos e Epidemiológicos	23	Complemento (apto, casa, etc.):			24	(DDD) Telefone:
	25	Zona:		26	País: (se residente fora do Brasil)	
	27	Paciente tem histórico de viagem internacional até 14 dias antes do início dos sintomas?				
	28	Se sim: Qual país?		29	Em qual local?	
	30	Data da viagem:		31	Data do retorno:	
	32	É caso proveniente de surto de SG que evoluiu para SRAG?				
	33	Trata-se de caso nosocomial (infecção adquirida no hospital)?				
	34	Paciente trabalha ou tem contato direto com aves ou suínos?				
	35	Sinais e Sintomas:				
	1-Sim 2-Não 9-ignorado					
	_ Febre _ Tosse _ Dor de Garganta _ Dispneia _ Desconforto Respiratório					
	_ Saturação O ₂ < 95% _ Diarreia _ Vômito _ Outros					
	36	Possui fatores de risco/comorbidades?				
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		
_ Outros						
37	Recebeu vacina contra Gripe na última campanha?			38	Data da vacinação:	
			Se sim, data:			
Se < 6 meses: a mãe recebeu a vacina? a mãe amamenta a criança?						
Se >= 6 meses e <= 8 anos:						
Data da dose única 1/1:						
Data da 1ª dose:						
Data da 2ª dose:						

