

FICHA DE REGISTRO INDIVIDUAL - DESTINADA PARA UNIDADES COM INTERNAÇÃO

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

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

indivíduo de qualquer idade, INTERNADO com SÍNDROME GRIPAL¹ e que apresente Dispneia OU Saturação de O₂ <95% OU Desconforto Respiratório. Deve ser registrado o óbito por SRAG independente de internação.

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

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

ANTECEDENTES E HISTÓRICO DA INTERNAÇÃO OU DO ÓBITO

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

