MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Nº

SIVEP Gripe-SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DA GRIPE
10/02/2023.

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:__|__|__ 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 |__| Febre |__| Tosse |__| Dor de Garganta |__| Outros

34 Possui fatores de risco/comorbidades? 1-Sim 2-Não 9-Ignorado

|__| 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 |_____|

35 Recebeu vacina COVID-19? |__| 1-Sim 2-Não 9-Ignorado

36 Data da dose vacina COVID-19:
Data da 1ª dose: ____|___|___
Data da 2ª dose: ____|_____|____
Data da dose reforço: ___|___|__
Data da 2ª dose reforço: ___|___|__
Data dose adicional: __|__|__

37 Fabricante vacina COVID-19:
Fabricante 1ª dose: _____
Fabricante 2ª dose: _____
Fabricante dose reforço: _____
Fabricante 2ª dose reforço: _____
Fabricante dose adicional:_____

38 Lote da vacina COVID-19:
Lote 1ª dose_____
Lote 2ª dose_____
Lote da dose reforço: _____
Lote 2ª dose reforço: _____
Lote dose adicional: _____

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: ____|____|_____

	42	Uso de antiviral: |__|1-Não 2-Oseltamivir 3-Zanamivir 4-Outro, especifique: _____ 9-Ignorado	43	Data do início do tratamento ____|____|_____	
	44	Recebeu tratamento antiviral para covid-19? |__| 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	45	Qual antiviral? |__|1- Nirmatrevir/ritonavir (Paxlovid ®) 2- Baricitinibe (Olumiant®) 3- Outro, especifique_____	
			46	Data do início do tratamento: ____|____|_____	
	47	Data da coleta: ____|____|_____	48	Tipo de amostra: |__| 1-Secreção de Nasofaringe 2-Lavado Bronco-alveolar 3-Tecido *post-mortem* 4-Outra, qual? _____5-LCR 9-Ignorado	
Dados Laboratoriais	49	Nº Requisição do GAL: _____	50	Se realizado Imunofluorescência marcar = 1 |__| 1- Imunofluorescência (IF)	
	51	Data do resultado da Imunofluorescência: ____|____|_____	52	Resultado da Imunofluorescência: |__| 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: Positivo para Influenza? |__| 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se sim, qual influenza? |__| 1- Influenza A 2- Influenza B Positivo para outros vírus? |__| 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se outros vírus respiratórios qual(is)? (marcar X) |__| Vírus Sincicial Respiratório |__| Parainfluenza 1 |__| Parainfluenza 2 |__| Parainfluenza 3 |__| Parainfluenza 4 |__| Adenovírus |__| Outro vírus respiratório, especifique: _____			
	55	Resultado da RT- PCR/outro método por Biologia Molecular: |__| 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: Positivo para Influenza? |__| 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se sim, qual influenza? |__| 1- Influenza A 2- Influenza B Influenza A, qual subtipo? (marcar X)|__| Influenza A(H1N1)pdm09 |__|Influenza A (H3N2) |__|Influenza A não subtipável |__|Influenza A não subtipado |__|Outro, especifique: _____ |__|Inconclusivo Influenza B, qual linhagem? |__| 1-Victoria 2-Yamagatha 3-Não realizado 4-Inconclusivo 5-Outro, especifique: _____ Positivo para outros vírus respiratórios? |__| 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se outros vírus respiratórios, qual(is)? (marcar X) |__| SARS-CoV-2 |__| Vírus Sincicial Respiratório |__| Parainfluenza 1 |__| Parainfluenza 2 |__| Parainfluenza 3 |__| Parainfluenza 4 |__| Adenovírus |__| Metapneumovírus |__| Bocavírus |__| Rinovírus |__| Outro vírus respiratório, especifique: _____			
	58	Laboratório que realizou RT-PCR/outro método por Biologia Molecular: Código (CNES): _____ __|__|__|__|__|__|__			
Conclusão	59	Classificação final do caso |__| Tipo Subtipo, se influenza A. 1-SG por influenza |__| |__| (marcar conforme categorias do campo agente etiológico) 2-SG por outro vírus respiratório 3-SG por outro agente etiológico, especifique: _____ 4-SG não especificado 5-SG por covid-19	60	Faz parte de uma cadeia de surto de SG? |__| 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	
			61	É um caso de co-detecção? |__| 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	
			62	Data do Encerramento: _____|_____|_____	
63	Observações:				
64	Profissional de Saúde Responsável: _____		65	Registro Conselho/Matrícula: __|__|__|__|__|__|_	

SARS-CoV-2: Vigilância Genômica Epidemiológica e Reinfecção (campos a serem preenchidos pelas equipes de vigilância, conforme fluxo local):

66	Designação da variante (OMS): |__| 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:|__| 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): |__| 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**? |__| 1- Sim 2- Não 9 - Ignorado
74	Profissional responsável pelo preenchimento: _____	75	Estabelecimento responsável pelo preenchimento: _____ Código (CNES): __|__|__|__|__|__|__		