



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. (*SG: Indivíduo com quadro respiratório agudo, caracterizado por pelo menos dois (2) dos seguintes sinais e sintomas: febre (mesmo que referida), calafrios, dor de garganta, dor de cabeça, tosse, coriza, distúrbios olfativos ou gustativos).
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 CPF do cidadão: _____					
	7 Nome: _____			8	Sexo: <input type="checkbox"/> 1-Masc. 2-Fem. 9-Ign	
	9 Data de nascimento: _____		10 (Ou) Idade: _____		11 Gestante: <input type="checkbox"/>	
			1-Dia 2-Mês 3-Ano <input type="checkbox"/>		1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre	
	12 Raça/Cor: <input type="checkbox"/> 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9-Ignorado			4-Idade Gestacional Ignorada 5-Não		
	13 Se indígena, qual etnia? _____			6-Não se aplica 9-Ignorado		
14 Escolaridade: <input type="checkbox"/> 0-Sem escolaridade/Analfabeto 1-Fundamental 1º cido (1ª a 5ª série) 2-Fundamental 2º cido (6ª a 9ª série) 3-Médio (1º ao 3º ano) 4-Superior 5-Não se aplica 9-Ignorado						
15 Ocupação: _____			16 Nome da mãe: _____			
Dados de residência	17 CEP: _____					
	18 UF: _____	19	Município:	Código (IBGE): _____		
	20 Bairro: _____		21 Logradouro (Rua, Avenida, etc.): _____		22	Nº: _____
	23 Complemento (apto, casa, etc.): _____			24 (DDD) Telefone: _____		
	25 Zona: <input type="checkbox"/> 1-Urbana 2-Rural 3-Periurbana 9-Ignorado			26 País: (se residente fora do Brasil) _____		
Dados Clínicos e Epidemiológicos	27 Paciente tem histórico de viagem internacional até 14 dias antes do início dos sintomas? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ign					
	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? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado					
	33 Trata-se de caso nosocomial (infecção adquirida no hospital)? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado					
	34 Paciente trabalha ou tem contato direto com aves, suínos, ou outro animal? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não <input type="checkbox"/> 3- Outro, qual _____ 9-ignorado					
	35 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"/> Desconforto Respiratório <input type="checkbox"/> Saturação O ₂ <95% <input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Vômito <input type="checkbox"/> Dor abdominal <input type="checkbox"/> Fadiga <input type="checkbox"/> Perda do olfato <input type="checkbox"/> Perda do paladar <input type="checkbox"/> Outros _____					
	36 Possui fatores de risco/comorbidades? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-ignorado Se sim, qual(is)? (Marcar X)					
	<input type="checkbox"/> Puérpera (até 45 dias do parto)		<input type="checkbox"/> Doença Cardiovascular Crônica		<input type="checkbox"/> Doença Hematológica Crônica	
	<input type="checkbox"/> Síndrome de Down		<input type="checkbox"/> Doença Hepática Crônica		<input type="checkbox"/> Asma	
	<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus		<input type="checkbox"/> Doença Neurológica Crônica		<input type="checkbox"/> Outra Pneumopatia Crônica	
<input type="checkbox"/> Imunodeficiência/Imunodepressão		<input type="checkbox"/> Doença Renal Crônica		<input type="checkbox"/> Obesidade, IMC _____		
<input type="checkbox"/> Outros _____						
37 Recebeu vacina contra Gripe na última campanha? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado			38 Data da vacinação: _____			
Se < 6 meses: a mãe recebeu a vacina? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se sim, data: _____ a mãe amamenta a criança? <input type="checkbox"/> 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)						

