

Pagina Principal / Entrada de dados / Incluir Registro de SRAG Hospitalizado

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 < 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	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
* 3 - UF	* 4 - Município	Código (IBGE)
AL	Selecione	<input type="text"/>
* 5 - Unidade de Saúde	Código (CNES)	
Selecione	<input type="text"/>	

Dados do Paciente

* 6 - Tem CPF?	8 - CPF	
Selecione	<input type="text"/>	
7 - Estrangeiro?		
Selecione		
9 - Cartão Nacional de Saúde (CNS)?		
<input type="text"/>		
* 10 - Nome	* 11 - Sexo	
<input type="text"/>	Selecione	
12 - Data de nascimento	* 13 - Idade	* 14 - Gestante
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Selecione
* 15 - Raça/Cor	16 - Se indígena, qual etnia?	* 17 - É membro de povo ou comunidade tradicional?
Selecione	Selecione	Selecione
18 - Povo ou comunidade tradicional	19 - Escolaridade	20 - Ocupação
Selecione	Selecione	Selecione
21 - Nome da mãe		
<input type="text"/>		

Dados de Residência

22 - CEP		
<input type="text"/>		
23 - UF	24 - Município	Código (IBGE)
Selecione	Selecione	<input type="text"/>
25 - Bairro	26 - Logradouro (Rua, Avenida, etc)	27 - Número
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
28 - Complemento (Apto, casa, etc)		
<input type="text"/>		
29 - (DDD) Telefone	30 - Zona	
<input type="text"/>	Selecione	
	* 31 - País (Se estrangeiro ou residente fora do Brasil)	
	Selecione	

Dados Clínicos e Epidemiológicos

32 - Trata-se de caso nosocomial (infecção adquirida no hospital)?	
Selecione	
33 - Paciente trabalha ou tem contato direto com aves, suínos, ou outro animal?	Outro animal, especifique
Selecione	<input type="text"/>

34 - Sinais e Sintomas

Febre	Tosse	Dor de Garganta	Dispneia	Desconforto Respiratório	Saturação O ₂ < 95%
<input type="text" value="Selecione"/>	<input type="text" value="Selecione"/>	<input type="text" value="Selecione"/>	<input type="text" value="Selecione"/>	<input type="text" value="Selecione"/>	<input type="text" value="Selecione"/>
Diarreia	Vômito	Dor abdominal	Fadiga	Perda do olfato	Perda do paladar
<input type="text" value="Selecione"/>	<input type="text" value="Selecione"/>	<input type="text" value="Selecione"/>	<input type="text" value="Selecione"/>	<input type="text" value="Selecione"/>	<input type="text" value="Selecione"/>
Outros	Especifique				
<input type="text" value="Selecione"/>	<input type="text"/>				

35 - Possui fatores de risco/comorbidades?*** 36 - Recebeu vacina COVID-19?****37 - Data da vacina COVID-19**

Data da 1ª dose:

Data da 2ª dose:

Data da dose de reforço:

Data da 2ª dose de reforço:

38 - Fabricante da vacina COVID-19

Fabricante 1ª dose:

Fabricante 2ª dose:

Fabricante dose reforço:

Fabricante 2ª dose reforço:

39 - Lote da vacina COVID-19

Lote da 1ª dose:

Lote da 2ª dose:

Lote dose reforço:

Lote 2ª dose reforço:

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 riscos/Especifique

40 - Recebeu Vacina contra Gripe na última campanha?**41 - Data da Vacinação**

Se < 6 meses:

A mãe recebeu a vacina?**Se sim, Data:****A mãe amamenta a criança?**

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)**Dados de Atendimento****42 - Usou antiviral para gripe?****43 - Qual antiviral?****Outro antiviral, especifique?****44 - Data do início do tratamento****45 - Recebeu tratamento para covid-19?****46 - Qual antiviral para covid-19?****Outro, especifique?****47 - Data do início do tratamento para covid-19****48 - Houve Internação?****49 - Data da Internação por SRAG****50 - UF de Internação****51 - Município da Internação****Código (IBGE)****52 - Unidade de Saúde de Internação****Código (CNES)****53 - Foi internado em UTI?****54 - Data da Entrada na UTI****55 - Data da Saída da UTI****56 - Uso de suporte ventilatório****57 - Raio X de Tórax****Outro, especifique****58 - Data do Raio X****59 - Aspecto Tomografia****Outro aspecto, especifique****60 - Data tomografia****61 - Coletou amostra?****62 - Data da Coleta****63 - Tipo de Amostra****Outro tipo de amostra, especifique**

Dados Laboratoriais

64 - Número da requisição do GAL

65 - Tipo do teste para pesquisa de antígenos virais

66 - Data do resultado da pesquisa de antígenos

67 - Resultado do Teste antigênico

68 - Laboratório que realizou o Teste antigênico

Código (CNES)

69 - Agente Etiológico - Teste antigênico

Positivo para Influenza?

se sim, qual influenza?

Positivo para outros vírus?

Se outros vírus respiratório qual (is)? (Marcar um X)

SARS-CoV-2 Vírus Sincicial Respiratório Parainfluenza 1 Parainfluenza 2 Parainfluenza 3 Adenovírus Outro vírus respiratório, especifique

70 - Resultado da RT-PCR/outro método por Biologia Molecular

71 - Data do Resultado RT-PCR/outro método por Biologia Molecular

72 - Agente Etiológico RT-PCR

Positivo para influenza?

Se sim, qual influenza?

Influenza A, qual subtipo?

Outro, especifique

Influenza B, qual linhagem?

Outro, especifique

Positivo para outros vírus?

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:

73 - Laboratório que realizou RT-PCR/outro método por Biologia Molecular:

Código (CNES)

74 - Tipo de amostra sorológica para SARS-Cov-2:

Outro tipo de amostra, especifique:

75 - Data da coleta


76 - Tipo de Sorologia para SARS-Cov-2:

Outro tipo de sorologia, especifique:

Resultado do Teste Sorológico para SARS-CoV-2:

IgG: ▼
IgM: ▼
IgA: ▼

77 - Data do Resultado:



Conclusão

78 - Classificação final do caso

 ▼

Se 3 - SRAG por outra causa, especifique

79 - Critério de encerramento


 ▼

80 - Evolução do caso

 ▼

81 - Data da alta ou do óbito

82 - Data do encerramento



83 - Número D.O.:

84 - Observações

85 - Profissional de Saúde Responsável

86 - Registro Conselho/Matricula

SALVAR