

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 GRIPAL<sup>1</sup> e que apresente Dispneia OU Saturação de O<sub>2</sub> <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
12. Raça/Cor	13. Escolaridade	14. Nome da Mãe	
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)	

**ANTECEDENTES E HISTÓRICO DA INTERNAÇÃO OU DO ÓBITO**

27. Recebeu Vacina contra Gripe nos últimos 12 meses?	28. Se sim, data da última dose				
29. Principais sinais e sintomas	30. Fatores de Risco				
31. Uso de antiviral?	32. Data de início do tratamento				
33. Ocorreu internação?	34. Data da internação	35. UF	36. Município da unidade de internação	Código (IBGE)	
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	
40. Fez uso de suporte ventilatório?					
41. Foi Internado em Unidade de Terapia Intensiva?				42. Data de entrada na UTI	43. Data de saída na UTI



**SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE (SRAG) – Internada ou Óbito por SRAG**  
**FICHA DE REGISTRO INDIVIDUAL – SINAN Influenza Web**  
**INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO**

N.º O número da notificação é atribuído automaticamente pelo sistema.

1. Anotar a data de preenchimento da ficha de notificação (Ex. 20/04/1999). **CAMPO OBRIGATÓRIO.**
  2. Preencher com a sigla da Unidade Federada (UF) que realizou a notificação. **CAMPO OBRIGATÓRIO.**
  3. Preencher com o nome completo do município (ou código correspondente segundo cadastro do IBGE) onde está localizada a unidade de saúde (ou outra fonte notificadora) que realizou a notificação. **CAMPO OBRIGATÓRIO.**
  4. Preencher com o nome completo (ou código correspondente ao Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – CNES) da unidade de saúde (ou outra fonte notificadora) que realizou a notificação. **CAMPO OBRIGATÓRIO.**
  5. Anotar a data de início dos primeiros sintomas no paciente (Ex. 20/04/1999). **CAMPO OBRIGATÓRIO.**
  6. Preencher com o nome completo do paciente (sem abreviações). **CAMPO OBRIGATÓRIO.**
  7. Preencher com o número do Cartão Nacional de Saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) do paciente.
  8. Preencher com a data de nascimento do paciente (Ex. 20/04/1999).
  9. Anotar a idade do paciente somente se a data de nascimento for desconhecida. Se o paciente não souber informar sua idade, anotar a idade aparente. Deve ser informado também, no quadrado ao lado do campo, se a idade informada corresponde a: Hora (1), Dia (2), Mês (3) ou Ano (4). Ex. 20 dias = 20 (2); 3 meses = 3 (3); 26 anos = 26 (4).
- OBS:** Se o campo 8 não for preenchido, o campo 9 (Idade) será **DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
10. Informar o sexo do paciente (M = masculino, F = feminino e I = ignorado). **CAMPO OBRIGATÓRIO.**
  11. Preencher com o código correspondente a idade gestacional da paciente (1-1º Trimestre, 2-2º Trimestre, 3-3º Trimester ou 4-Idade gestacional ignorada). Quando a paciente não estiver gestante informar preenchendo com o código 5-Não. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO** quando sexo F = feminino. Se sexo M = masculino ou idade menor ou igual a 10 anos, o sistema preenche o campo automaticamente com o código 6-Não se aplica.
  12. Preencher com o código correspondente à cor ou raça declarada pela pessoa, destacando-se que: a) Parda inclui as pessoas que se declararem como tal ou como mulata, cabocla, cafuza, mameluca ou mestiça de preto com pessoa de outra cor ou raça; b) Indígena inclui as pessoas que se declararem como tal ou como índia ou índio.
  13. Preencher com o código correspondente a série/ano ou grau que a pessoa está freqüentando ou freqüentou considerando a última série/ano concluída com aprovação ou grau de instrução do paciente por ocasião da notificação: 0-Analfabeto, 1-Fundamental (1ª a 9ª série), 2-Médio (1º ao 3º ano) ou 3-Superior. Se idade menor que 7 anos, o sistema preenche o campo automaticamente com o código 10-Não se aplica.
  14. Preencher com o nome completo da mãe do paciente (sem abreviações).
  15. Preencher com a sigla da UF de residência do paciente. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO** se o paciente for residente no Brasil.
  16. Anotar o nome do município (ou código correspondente segundo cadastro do IBGE) de residência do paciente. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO** se o paciente for residente no Brasil.
  17. Anotar o nome do distrito de residência do paciente.
  18. Anotar o nome do bairro de residência do paciente.
  19. Anotar o tipo (avenida, rua, travessa, etc.) e nome completo do logradouro da residência do paciente. Se o paciente for indígena anotar o nome da aldeia.
  20. Anotar o número da residência do paciente (nº da casa ou do edifício).
  21. Anotar o complemento do logradouro (Ex. Bloco B, ap. 402, lote 25, casa 14 etc.).
  22. Anotar o ponto de referência para localização da residência do paciente (Ex. “Perto da padaria do João”).
  23. Anotar o Código de Endereçamento Postal (CEP) do logradouro da residência do paciente.
  24. Anotar DDD e telefone do paciente.
  25. Preencher com o código correspondente a zona de residência do paciente (Ex. 1 = área com características estritamente urbanas; 2 = área com características estritamente rurais; 3 = área rural com aglomeração populacional que se assemelha a uma área urbana).
  26. Anotar o nome do país de residência quando o paciente notificado não residir no Brasil.
  27. Informar se o paciente recebeu vacina contra a gripe nos últimos 12 meses, considerando a data dos 1ºs sintomas. Preencher com o código correspondente: 1-Sim ou 2-Não. Deve ser verificada a caderneta de vacinação. Caso o paciente não tiver a caderneta, direcionar a pergunta para ele ou responsável e preencher o campo com o código correspondente a resposta.
  28. Informar a data em que o paciente recebeu a última dose da vacina contra a gripe (Ex. 20/04/1999).
  29. Informar os sinais e sintomas do paciente. Preencher a casela de cada sinal e sintoma com os códigos 1-Sim, 2-Não ou 9-Ignorado. Se for assinalado o código 1-Sim na casela “Outros sinais e sintomas importantes”, especificar.
  30. Informar fatores de risco do paciente para agravamento da doença. Preencher as caselas com os códigos 1, 2 ou 9 de acordo com a existência ou não do fator de risco indicado. Se for assinalado o código 1-Sim na casela “Obesidade”, especificar o IMC. Se for assinalado o código 1-Sim na casela “Outros fatores de risco relacionados com a SRAG”, especificar.
  31. Informar se o paciente fez uso de antiviral após a data de início dos sintomas e qual o medicamento utilizado: 1-Não, 2-Osetamivir, 3-Zanamivir, 4-Outro ou 9-Ignorado. Se preenchido com o código 4-Outro, especificar o medicamento utilizado.

32. Informar a data em que o paciente iniciou o tratamento com o antiviral (Ex. 20/04/1999).
33. Informar se o paciente foi internado em decorrência da SRAG: 1-Sim 2-Não ou 9-Ignorado.
34. Informar a data de internação do paciente (Ex. 02/10/1999).
35. Informar a sigla da UF onde o paciente foi internado. Ex. "SP".
36. Informar o nome completo do município (ou código correspondente segundo cadastro do IBGE) em que o paciente foi internado (Ex. Porto Velho ou 110020).
37. Informar o nome completo do hospital (ou código correspondente ao Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – CNES) onde o paciente foi internado (Ex. Hospital Geral de Feijó ou 2000636).
38. Informar o resultado do Raio X de Tórax, preenchendo o campo com o código correspondente: 1-Normal, 2-Infiltrado intersticial, 3-Consolidação ou 4-Misto. Se o resultado for diferente dos listados, preencher o campo com o código 5-Outro e especificar o resultado. Se não foi realizado o Raio X, preencher o campo com 6-Não realizado. Se essa informação for desconhecida, preencher com o código 9-Ignorado.
39. Se realizado Raio X de Tórax, informar a data (Ex. 24/08/1999).
40. Informar se o paciente fez uso de suporte ventilatório, preenchendo o campo com o código correspondente: 1-Não usou, 2-Sim, invasivo ou 3-Sim, não invasivo. Se essa informação for desconhecida, preencher com o código 9-Ignorado.
41. Informar se, preenchendo o campo com o código correspondente: 1-Sim 2-Não ou 9-Ignorado.
42. Se o paciente foi internado em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), informar a data de entrada (Ex. 24/08/2012).
43. Se o paciente foi internado em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), informar a data de saída (Ex. 26/08/2012).
44. Informar se foi coletada amostra clínica do paciente para realização de diagnóstico laboratorial, se positivo informar o tipo de amostra. Preencher o campo com o código correspondente: 1-Não coletou, 2-Secreção de oro e nasofaringe, 3-Tecido post-mortem, 4-Lavado Bronco-alveolar ou 5-Outro. Se for assinalado o código 5-Outro, especificar o tipo de amostra coletada. Se a realização da coleta ou tipo da amostra for desconhecida, preencher o campo com o código 9-Ignorado.
45. Se foi coletada amostra clínica do paciente, informar a data da coleta (Ex. 25/08/2012).
46. Informar a metodologia realizada para o teste diagnóstico, preenchendo as caselas (IFI-Imunofluorescência Indireta; RT-PCR-trascricao reversa associada à reação em cadeia de polimerase; ou Outro método) com os códigos correspondentes: 1-Sim, 2-Não ou 9-Ignorado. Nas caselas preenchidas com o código 1-Sim, informar a data do resultado laboratorial no campo indicado. Se a casela "Outro método" for preenchida com o código 1-Sim, especificar a metodologia realizada.
47. Informar o diagnóstico etiológico preenchendo as caselas com os códigos correspondentes: 1-Positivo, 2-Negativo, 3-Inconclusivo ou 4-Não realizado. Se a casela "Influenza A" for preenchida com o código 1-Positivo, informar o respectivo subtipo: 1-Influenza A(H1N1)pdm09, 2-Influenza A(H1) Sazonal, 3-Influenza A (H3) Sazonal, 4-Influenza A não subtipado, 5-Influenza A(H3N2v) ou 6-Outro subtipo de Influenza A. Se for marcado o campo "Outro subtipo de Influenza A", especificar. Se a casela "Outro vírus ou agente etiológico" for preenchida com 1-Positivo, especificar a metodologia realizada.
48. Preencher com o código correspondente a classificação final do caso: 1-SRAG por Influenza, 2-SRAG por outros vírus respiratórios, 3-SRAG por outros agentes etiológicos ou 4-SRAG não especificada. Se o campo for preenchido com o código 3-SRAG por outros agentes etiológicos, especificar o agente no campo indicado. Se a classificação do caso for desconhecida, preencher o campo com o código 9-Ignorado.
49. Preencher com o código correspondente ao critério utilizado para a classificação final do caso: 1-Laboratorial, 2-Clínico-Epidemiológico ou 3-Clínico.
50. Preencher com o código correspondente a evolução clínica do caso: 1-Recebeu alta por cura, 2-Evoluiu para óbito ou 9-Ignorado.
51. Informar a data da alta ou óbito do paciente (Ex. 26/08/2012).
52. Informar a data do encerramento da investigação do caso (Ex. 30/08/2012). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO**, se campo 48-Classificação final estiver preenchido.

**ANOTAÇÕES:** Acrescentar outras informações consideradas relevantes para o esclarecimento do caso.

**SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE (SRAG)-INTERNADA OU ÓBITO POR SRAG:** indivíduo de qualquer idade, INTERNADO com SÍNDROME GRIPAL e que apresente Dispneia OU Saturação de O<sub>2</sub> < 95% OU Desconforto Respiratório. Deve ser registrado o óbito por SRAG independente da internação.

**SÍNDROME GRIPAL:**

> 6 meses de idade: febre de início súbito, mesmo que referida, acompanhado de tosse ou dor de garganta e pelo menos um dos sintomas: cefaleia, mialgia ou artralgia.

< 6 meses de idade: febre de início súbito, mesmo que referida, e sintomas respiratórios.

**ATENÇÃO:**

- Não aguardar resultado laboratorial para registrar a ficha no SINAN Influenza Web.

- Lembrar de atualizar a evolução no encerramento da investigação.

- No caso de co-infecção, priorizar o resultado de influenza para a classificação final.

- A ficha deve ser disponibilizada somente em Unidades Hospitalares ou Unidades de Saúde com estrutura para internação.