

FICHA DE INVESTIGAÇÃO INFLUENZA HUMANA POR NOVO SUBTIPO (PANDÊMICO)

CASO SUSPEITO DE INFLUENZA HUMANA POR NOVO SUBTIPO (PANDÊMICO):

Todo paciente procedente de área afetada que apresente temperatura $\geq 38^{\circ}\text{C}$ E tosse OU dor de garganta OU dispnéia.

Dados Gerais

1 Tipo de Notificação 2 - Individual

2 Agravado/doença **INFLUENZA HUMANA POR NOVO SUBTIPO (PANDÊMICO)** Código (CID) **J11** 3 Data da Notificação

4 UF 5 Município de Notificação Código (IBGE)

6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) Código 7 Data dos Primeiros Sintomas

Notificação Individual

8 Nome do Paciente 9 Data de Nascimento

10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano 11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado 12 Gestante

1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade Gestacional ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado 13 Raça/Cor

1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado

14 Escolaridade

0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-ignorado 10- Não se aplica

15 Número do Cartão SUS 16 Nome da mãe

Dados de Residência

17 UF 18 Município de Residência Código (IBGE) 19 Distrito

20 Bairro 21 Logradouro (rua, avenida,...) Código

22 Número 23 Complemento (apto., casa, ...) 24 Geo campo 1

25 Geo campo 2 26 Ponto de Referência 27 CEP

28 (DDD) Telefone 29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado 30 País (se residente fora do Brasil)

Dados Complementares do Caso

Antecedentes Epidemiológicos

31 Data da Investigação 32 Ocupação

33 Recebeu Vacina contra Gripe 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado 34 Se sim, data da última dose 35 Recebeu Vacina Anti-Pneumocócica

1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado 36 Se sim, data da última dose 37 Contato com Caso Suspeito ou Confirmado de Influenza Humana por Novo Subtipo (até 10 dias antes do início dos sinais e sintomas)

01 - Domicílio 05 - Posto de Saúde/Hospital 09 - Ignorado 02 - Vizinhaça 06 - Outro Estado/Município 10 - Meio de Transporte 03 - Trabalho 07 - Sem História de Contato 11 - Outro 04 - Creche/Escola 08 - Outro País

38 Informações sobre Deslocamento (datas e locais frequentados no período de até 10 dias antes do início dos sinais e sintomas)

Data	UF	Município/Localidade	País	Meio de Transporte

39 Contato com Aves Doentes ou Mortas até 10 dias antes do início dos sinais e sintomas? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado 40 UF 41 Nome do Município 42 País

Dados Clínicos

43 Sinais e Sintomas 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

Febre Dispnéia Mialgia Diarréia

Tosse Dor de Garganta Conjuntivite Outros

Calafrio Artralgia Coriza

44 Comorbidade Cardiopatia crônica Renal Crônico Imunodeprimido Doença Metabólica Crônica

1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado Pneumopatia crônica Hemoglobinopatia Tabagismo Outros

Atendimento	45 Ocorreu Hospitalização <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		46 Data da Internação		47 UF	
	48 Município do Hospital		Código (IBGE)		49 Nome do Hospital	
Dados Laboratoriais	PCR		51 Tipo de Amostra <input type="checkbox"/>		52 Resultado <input type="checkbox"/>	
	50 Data da Coleta		1 - Secreção de Nasofaringe 4 - Tecido pós-mortem 9 - Ignorado 2 - Lavado Bronco-alveolar 5 - Soro 3 - Fezes 6 - Outro _____		1 - Positivo 3 - Inconclusivo 2 - Negativo 4 - Não realizado	
	53 Diagnóstico Etiológico		1 - Influenza por novo subtipo viral (pandêmico) 2 - Influenza A Sazonal <input type="checkbox"/> 3 - Influenza B Sazonal 4 - Influenza Aviária 5 - Outro Agente Infeccioso		54 Tipo	
					H <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	
	CULTURA		56 Tipo de Amostra <input type="checkbox"/>		57 Resultado <input type="checkbox"/>	
	55 Data da Coleta		1 - Secreção de Nasofaringe 4 - Tecido pós-mortem 9 - Ignorado 2 - Lavado Bronco-alveolar 5 - Soro 3 - Fezes 6 - Outro _____		1 - Positivo 3 - Não realizado 2 - Negativo	
Conclusão	INIBIÇÃO DA HEMAGLUTINAÇÃO		59 Resultado <input type="checkbox"/>		61 Tipo	
	58 Data da Coleta		1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Inconclusivo 4 - Não realizado		H <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	
	60 Diagnóstico Etiológico		1 - Influenza por novo subtipo viral (pandêmico) 2 - Influenza A Sazonal <input type="checkbox"/> 3 - Influenza B Sazonal 4 - Influenza Aviária 5 - Outro Agente Infeccioso			
	RAIO X TÓRAX		63 Se sim, resultado <input type="checkbox"/>			
62 Data da Realização		1 - Normal 2 - Infiltrado Intersticial 3 - Consolidação 4 - Misto 5 - Outros _____				
64 Classificação Final <input type="checkbox"/>		1 - Influenza por Novo Subtipo Viral 3 - Descartado 2 - Outro agente infeccioso _____		65 Critério de Confirmação <input type="checkbox"/>		
				1 - Laboratorial 2 - Clínico-Epidemiológico		
Local Provável de Fonte de Infecção		66 O caso é autóctone do município de residência? <input type="checkbox"/>		67 UF		
		1-Sim 2-Não 3-Indeterminado		68 País		
69 Município		Código (IBGE)		70 Distrito		
				71 Bairro		
72 Doença Relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/>		73 Evolução do Caso <input type="checkbox"/>				
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		1 - Cura 2 - Óbito por Influenza 3 - Óbito por outras causas 9 - Ignorado				
74 Data do Óbito		75 Data do Encerramento				
Observações Adicionais						
Investigador	Município/Unidade de Saúde		Cód. da Unid. de Saúde			
	Nome		Função		Assinatura	