

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		Código (CID)	3	Data da Notificação																					
	INFLUENZA HUMANA POR NOVO SUBTIPO (PANDÊMICO)		J11																								
	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 1-1ºTrimestre 2-2ºTrimestre 3-3ºTrimestre 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 à 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																						
	17	UF	18	Município de Residência		Código (IBGE)	19	Distrito																			
Dados de Residência	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 - Vizinhança 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)																									
	<table><thead><tr><th>Data</th><th>UF</th><th>Município/Localidade</th><th>País</th><th>Meio de Transporte</th></tr></thead><tbody><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></tbody></table>								Data	UF	Município/Localidade	País	Meio de Transporte														
Data	UF	Município/Localidade	País	Meio de Transporte																							
Dados Clínicos	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																	
	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 ☐ 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 ☐			52 Resultado ☐	
	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 3 - Influenza B Sazonal 4 - Influenza Aviária 5 - Outro Agente Infeccioso			54 Tipo	
							H N	
	CULTURA			56 Tipo de Amostra ☐			57 Resultado ☐	
	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	
	INIBIÇÃO DA HEMAGLUTINAÇÃO			59 Resultado ☐				
	58 Data da Coleta			1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Inconclusivo 4 - Não realizado				
	60 Diagnóstico Etiológico			1 - Influenza por novo subtipo viral (pandêmico) 2 - Influenza A Sazonal 3 - Influenza B Sazonal 4 - Influenza Aviária 5 - Outro Agente Infeccioso			61 Tipo	
							H N	
	RAIO X TÓRAX			63 Se sim, resultado ☐				
	62 Data da Realização			1 - Normal 2 - Infiltrado Intersticial 3 - Consolidação 4 - Misto 5 - Outros				
Conclusão	64 Classificação Final			65 Critério de Confirmação				
	1 - Influenza por Novo Subtipo Viral 3 - Descartado 2 - Outro agente infeccioso			1 - Laboratorial 2 - Clínico-Epidemiológico				
	Local Provável de Fonte de Infecção							
	66 O caso é autóctone do município de residência? ☐			67 UF			68 País	
	1-Sim 2-Não 3-Indeterminado							
	69 Município			Código (IBGE)		70 Distrito		71 Bairro
	72 Doença Relacionada ao Trabalho ☐			73 Evolução do Caso				
	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	