



FICHA DE REGISTRO INDIVIDUAL - CASOS DE SÍNDROME GRIPAL QUE REALIZARAM COLETA DE AMOSTRA  
**INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO**

**N.º** O número da ficha de registro individual é atribuído automaticamente pelo sistema. Ele possui 10 dígitos (ex: 1201200001): Dígito 1: caracteriza o tipo da ficha (1=SG e 2=SRAG); Dígitos 2 a 5: informa o ano da digitação da ficha; Dígitos 6 a 10: número sequencial gerado automaticamente pelo sistema).

1. Anotar a data em que a ficha está sendo preenchida, constando dia, mês e ano (Ex. 03/09/2012). **CAMPO OBRIGATÓRIO.**
2. Preencher com a sigla da Unidade Federada (UF) onde está localizada a unidade sentinel. **CAMPO OBRIGATÓRIO.**
3. Preencher com o nome completo do município (ou código correspondente segundo cadastro do IBGE) onde está localizada a unidade sentinel. **CAMPO OBRIGATÓRIO.** Você poderá conferir o código correspondente ao cadastro do IBGE de seu município através do link: <http://www.ibge.gov.br/home/geociencias/areaterritorial/area.shtm>.
4. Este campo deverá ser preenchido com o nome completo (ou código correspondente ao Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – CNES da unidade sentinel). **CAMPO OBRIGATÓRIO.** Você poderá conferir o CNES da unidade de saúde/sentinel através de consulta no link: [http://cnes.datasus.gov.br/Lista\\_Tot\\_Es\\_Estado.asp](http://cnes.datasus.gov.br/Lista_Tot_Es_Estado.asp)

**DADOS DO PACIENTE:**

5. Informar se o paciente tem CPF (1-Sim; 2-Não). **CAMPO OBRIGATÓRIO.** Se selecionado “1-Sim”, preencher campo “CPF”. Se selecionado “2-Não” preencher CNS. Se o paciente não dispor de CPF é obrigatório o preenchimento do CNS. No caso de pacientes raça/cor indígenas, somente o CNS é considerado como campo obrigatório.
6. Preencher com o número completo do CPF do paciente. **CAMPO OBRIGATÓRIO.**
7. Informar se o paciente é estrangeiro (1-Sim; 2-Não). **CAMPO OBRIGATÓRIO.** Se selecionado “1-Sim”, o campo CPF e CNS, deixa de ser obrigatório.
8. Preencher com o número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do paciente. **CAMPO OBRIGATÓRIO**, caso não tenha sido informado o CPF.
9. Preencher com o nome completo do paciente (sem abreviações). **CAMPO OBRIGATÓRIO.**
10. Preencher com o código correspondente ao sexo do paciente: 1-Masculino; 2-Feminino; ou 9-Ignorado. **CAMPO OBRIGATÓRIO.**
11. Preencher com a data de nascimento do paciente, constando dia, mês e ano (ex. 20/04/1999).
12. Neste campo deverá ser anotada a idade do paciente, somente se a data de nascimento for desconhecida. Se o paciente não souber informar sua idade, anotar a idade que o paciente aparenta ter. Deve ser informado também se a idade informada corresponde a dias (1), Meses (2) ou Anos (3), preenchendo o campo com o código correspondente. **CAMPO OBRIGATÓRIO.** Quando for informada a data de nascimento (campo 7) a idade será calculada e preenchida automaticamente pelo sistema após informada a Data dos 1ºs Sintomas (campo 24).
13. Preencher de acordo com a ocupação profissional do paciente.
14. Preencher com o código correspondente a idade gestacional da paciente -1=1º Trimestre (corresponde ao período de um (1) a três (3) meses de gestação) 2=2º Trimestre (corresponde ao período de quatro (4) a seis (6) meses de gestação) 3=3º Trimestre (corresponde ao período de sete (7) a nove (9) meses de gestação) ou 4= Idade gestacional ignorada (quando não se sabe com quantos meses de gestação a mulher está. Quando a paciente não estiver gestante deverá ser preenchido o campo de informação com o código (número) 5=Não. Esse campo é **DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO** quando paciente for do sexo feminino. Se sexo masculino ou idade menor ou a idade for igual a 9 anos, o sistema irá preencher o campo automaticamente com o código 6 = Não se aplica.
15. Preencher com o código correspondente a cor ou raça declarada pela pessoa: 1-Branca; 2-Negra; 3-Amarela; 4-Parda (quando for referida a cor parda, incluem as pessoas que se declararem como tal ou como mulata, cabocla, cafuza, mameluca ou mestiça de preto com pessoa de outra cor ou raça); 5-Indígena (incluem as pessoas que se declararem como tal ou como índia ou índio). Se a cor ou raça for declarada como desconhecida, o campo deverá ser preenchido com o código 9-Ignorado.
16. É membro de povo ou comunidade tradicional? Marque sim, caso o cidadão seja membro de algum povo ou comunidade tradicional. **CAMPO OBRIGATÓRIO.**

17. Se sim, qual? Informar o povo ou a comunidade tradicional dentre as opções de povos e comunidades tradicionais listadas.
18. Se o paciente se declarar como indígena, informar a qual etnia pertence.
19. Preencher com o código correspondente a série/ano que o paciente está frequentando ou frequentou a escola ou grau de instrução: 0-Sem escolaridade/Analfabeto, 1-Fundamental 1º ciclo (se o paciente frequenta ou frequentou da 1ª a 5ª série na escola), 2- Fundamental 2º ciclo (se o paciente frequenta ou frequentou da 6ª a 9ª série na escola); 3-Médio (se o paciente frequenta ou frequentou do 1º ao 3º ano na escola) ou 4-Superior (se o paciente cursa ou cursou nível superior). Se idade for menor que 7 anos, o sistema preenche o campo automaticamente com o código 10-Não se aplica. Se a escolaridade for desconhecida, o campo deverá ser preenchido com o código 9-Ignorado.
20. Preencher esse campo com o nome completo da mãe do paciente (sem abreviações).

#### **DADOS DE RESIDÊNCIA:**

21. Anotar o Código de Endereçamento Postal (CEP) do logradouro da residência do paciente.
22. Preencher com a sigla da UF de residência do paciente. CAMPO OBRIGATÓRIO, se o paciente for residente no Brasil.
23. Preencher com o nome completo do município (ou código correspondente segundo cadastro do IBGE) de residência do paciente. CAMPO OBRIGATÓRIO, se o paciente for residente no Brasil. Você poderá conferir o código correspondente ao cadastro do IBGE de seu município através do link: <http://www.ibge.gov.br/home/geociencias/areaterritorial/area.shtml>
24. Anotar o nome do bairro de residência do paciente.
25. Anotar o tipo de espaço público (avenida, rua, travessa, quadra, etc.) e nome completo do logradouro da residência do paciente. Se o paciente for indígena anotar o nome da aldeia a qual pertence.
26. Anotar o número da residência do paciente (nº da casa ou do edifício).
27. Anotar o complemento do logradouro (Ex. Bloco B, ap. 402, lote 25, casa 14 etc.).
28. Anotar DDD e telefone do paciente.
29. Preencher com o código correspondente a zona de residência do paciente: 1-Urbana (área com características estritamente urbanas); 2-Rural (área com características estritamente rurais); 3-Periurbana (área rural com aglomeração populacional que se assemelha a uma área urbana). Se a zona de residência do paciente for desconhecida, preencher com o código 9-Ignorado.
30. Anotar o nome do país de residência quando o paciente não residir no Brasil. **CAMPO OBRIGATÓRIO** (preenchido automaticamente pelo sistema se informado CEP ou UF de residência).

#### **DADOS CLÍNICOS E EPIDEMIOLÓGICOS:**

31. Informar se o paciente trabalha ou tem contato direto com aves, suínos ou outro animal, preenchendo o campo com o código correspondente: 1-Sim, aves e/ou suínos 2-Não, nenhum 3- Sim, outros, qual (exemplos: cavalo, bovinos entre outros) 9-ignorado. Se outros, preencher e especificar qual é o outro tipo de animal que o caso trabalha ou teve contato. Se a informação for desconhecida preencher com 9-ignorado.
32. Anotar a data de início dos primeiros sintomas no paciente, constando dia, mês e ano (Ex. 01/09/2012). **CAMPO OBRIGATÓRIO**.
33. Informar os sinais e sintomas do paciente. Preencher o espaço reservado para cada sinal e sintoma com os códigos 1-Sim (se o paciente apresentou o sinal/sintoma), 2-Não (se o paciente não apresentou o sinal/sintoma) ou 9-Ignorado (se a presença do sinal/sintoma é desconhecida). Se for assinalado o código 1-Sim para “Outros”, especificar.
34. Informar fatores de risco/comorbidades do paciente para agravamento da doença. Preencher o espaço reservado para cada fator de risco com os códigos 1-Sim (se o paciente apresenta determinado fator de risco) ou 2-Não (se o paciente não apresenta determinado fator de risco) de acordo com a existência ou não do fator de risco indicado. Se a presença do fator de risco for desconhecida preencher com 9-Ignorado. **Se for assinalado o código 1-Sim para o fator de risco “Obesidade”, especificar o IMC (índice de massa corpórea). Se for assinalado o código 1-Sim para o campo de informação “Outros”, deverá ser especificado o fator de risco.**

- ❖ O IMC (Índice de Massa Corpórea) é reconhecido pela OMS como a principal referência para classificação das diferentes faixas de peso. Para calcular o IMC é aplicada a fórmula da divisão do peso pela altura ao quadrado. O resultado deve ser comparado à tabela de classificação.

Classificação	
Cálculo IMC	Situação
Abaixo de 18,5	Abaixo do peso
Entre 18,5 e 24,9	Peso normal
Entre 25,0 e 29,9	Sobre peso
Entre 30,0 e 34,9	Obesidade Grau I
Entre 35,0 e 39,9	Obesidade Grau II (severa)
40,0 e acima	Obesidade Grau III (mórbida)

35. Informar se o paciente recebeu vacina COVID-19. Preencher com o código correspondente: 1-Sim, 2-Não ou 9-Ignorado. Deve ser verificada a caderneta/cartão de vacinação. CAMPO OBRIGATÓRIO com integração à Base Nacional de Vacinação (preenchimento automático vinculado ao CPF e/ou CNS do paciente). Se preenchido com 1-Sim, será habilitado para preenchimento os campos 36, 37 e 38.
36. Se o paciente recebeu vacina COVID-19, informar a data em que foi administrada a 1<sup>a</sup>, 2<sup>a</sup> dose, dose reforço, 2<sup>a</sup> dose reforço e dose adicional (quando for o caso). Campo com integração à Base Nacional de Vacinação (preenchimento automático vinculado ao CPF e/ou CNS do paciente).
37. Informar a Fabricante vacina COVID-19, da 1<sup>a</sup> dose, 2<sup>a</sup> dose, dose reforço, 2<sup>a</sup> dose reforço e dose adicional que o paciente recebeu. Campo com integração à Base Nacional de Vacinação (preenchimento automático vinculado ao CPF e/ou CNS do paciente).
38. Informar o Lote vacina COVID-19 da 1<sup>a</sup> dose, 2<sup>a</sup> dose, dose reforço, 2<sup>a</sup> dose reforço e dose adicional, que o paciente recebeu. Campo com integração à Base Nacional de Vacinação (preenchimento automático vinculado ao CPF e/ou CNS do paciente).
39. 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 (se o paciente recebeu vacina) ou 2-Não (se o paciente não recebeu vacina) e 9- Ignorado (quando se desconhece que o paciente tenha recebido vacina). Deve ser verificado o cartão de vacinação do paciente, caso o mesmo não tenha o cartão, deverá ser direcionado pergunta para ele ou responsável, para preenchimento do campo com o código correspondente a resposta.
40. Preencher com o código correspondente ao nº doses recebidas (considerando o esquema vacinal do Ministério da Saúde): 1= 1 dose (uma dose aplicada) ou 2= 2 (duas doses aplicadas).
41. Informar a data em que o paciente recebeu a última dose da vacina contra a gripe, constando dia, mês e ano (Ex. 05/05/2012).

#### **ATENDIMENTO:**

42. Informar se o paciente fez uso de antiviral após a data de início dos sintomas e qual o medicamento utilizado, preenchendo com o código correspondente: 1-Não (se o paciente não fez uso de nenhum antiviral), 2- (se o paciente fez uso do antiviral Oseltamivir) 3- (Se o paciente fez uso do antiviral Zanamivir) 4-Outro (se o paciente fez uso de outro antiviral). Se preenchido com o código 4-Outro, deverá ser especificado o nome do medicamento utilizado. Se o uso de antiviral for desconhecido preencher com 9-Ignorado.
43. Informar a data em que o paciente iniciou o tratamento com o antiviral, constando dia, mês e ano (Ex. 02/09/2012).
44. Informar se o paciente fez uso de antiviral para covid-19, após a data de início dos sintomas, preenchendo com o código correspondente: 1-Sim (se o paciente fez uso de antiviral para tratamento específico de covid-19) (2-Não (se o paciente não fez uso de nenhum antiviral para tratamento de covid-19), se o uso de antiviral for desconhecido preencher com 9-Ignorado.
45. Informar o antiviral utilizado para tratamento de covid-19, conforme relação disponível e aprovada até o momento: 1- Nirmatrevir/ritonavir (Paxlovid ®), 2- Baricitinibe (Olumiant®) e 3- Outro, especifique. Se preenchido com o código 3-Outro, deverá ser especificado o nome do medicamento utilizado.
46. Informar a data em que o paciente iniciou o tratamento com o antiviral para covid-19, constando dia, mês e ano (Ex. 02/09/2012). A data de início do tratamento, não poderá ser menor do que a data de início dos sintomas.

47. Informar data da coleta da amostra clínica do paciente para realização de diagnóstico laboratorial, constando dia, mês e ano (Ex. 03/09/2012). **CAMPO OBRIGATÓRIO.**
48. Preencher o campo com o código correspondente ao tipo de amostra coletada: 1-Secreção de nasofaringe, 2-Lavado Bronco-alveolar; 3-Tecido post-mortem ou 4-Outra. Se for assinalado o código 4-Outra, especificar o tipo de amostra coletada. Se o tipo da amostra coletada for desconhecido, preencher com o código 9-Ignorado.

#### **DADOS LABORATORIAIS:**

49. Preencher com o número da requisição do GAL (Gerenciador de Ambiente Laboratorial). O campo será atribuído automaticamente pelo sistema, quando os sistemas estiverem interligados.
50. Informar se foi realizado teste de Imunofluorescência Indireta (IF), caso o teste tenha sido realizado, o campo deverá ser preenchido como 1.
51. Informar a data de liberação do resultado laboratorial da Imunofluorescência Indireta (IF) constando dia, mês e ano (Ex. 23/09/2012).
52. Informar resultado laboratorial do teste de Imunofluorescência Indireta (IF) preenchendo o campo com o código correspondente: 1-Positivo, 2-Negativo, 3-Inconclusivo, 4-Não realizado ou 5-Aguardando resultado. Se o resultado for desconhecido preencher com o código 9-Ignorado.
53. Preencher com o nome completo (ou código correspondente ao Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – CNES) do laboratório responsável pela liberação do resultado laboratorial da Imunofluorescência (IF).
54. Se o resultado laboratorial da IF for positivo, informar o diagnóstico etiológico preenchendo o espaço reservado para cada diagnóstico com os códigos correspondentes. Se positivo para influenza, informar o tipo: 1-Influenza A; 2-Influenza B (se o resultado não for positivo para influenza, deixar em branco). Para diagnósticos de outros vírus respiratórios, marcar X nos vírus com resultado positivo. Se for marcado X em “Outro vírus respiratório”, especificar.
55. Informar resultado laboratorial do teste de RT-PCR/outro método por biologia molecular preenchendo o campo com o código correspondente: 1-Detectável, 2-Não Detectável, 3-Inconclusivo, 4-Não realizado ou 5-Aguardando resultado. Se o resultado for desconhecido preencher com o código 9-Ignorado.
56. Informar a data de liberação do resultado laboratorial do RT-PCR/outro método por biologia molecular , constando dia, mês e ano (Ex. 23/09/2012).
57. Se o resultado laboratorial do RT-PCR/ outro método por biologia molecular for detectável, informar o diagnóstico etiológico preenchendo o espaço reservado para cada diagnóstico com os códigos correspondentes. Se positivo para influenza, informar o tipo: 1-Influenza A; 2-Influenza B (se o resultado não for positivo para influenza, deixar em branco). Se positivo para influenza A, informar o subtipo: 1 - Influenza A (H1N1)pdm09; 6 - Influenza A (H3N2); 4 - Influenza A não subtipado; 7 - Influenza A não subtipável; 8 - Inconclusivo; 5 - Outro, especifique (se marcado esse código, especificar). (**OBS: Devido a atualização da ficha, para não haver perda de dados anteriores, os números não seguem uma sequência numérica.**)  
Se positivo para influenza B, informar linhagem: 1-Victoria, 2-Yamagata, 3- Não realizado, 4-Inconclusivo ou 5- Outro, especifique (se marcado esse código, especificar). Positivo para outros vírus, preencher com 1-Sim, 2-Não ou 9-Ignorado. Para diagnósticos de outros vírus respiratórios, marcar X nos vírus com resultado positivo. Se for marcado X em “Outro vírus respiratório”, especificar.
58. Preencher com o nome completo do Laboratório que realizou RT-PCR/outro método por Biologia Molecular (ou código correspondente ao Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – CNES) do laboratório responsável pela liberação do resultado laboratorial do RT-PCR.

#### **CONCLUSÃO:**

59. Preencher com o código correspondente a classificação final do caso: 1-SG por Influenza, 2-SG por outros vírus respiratórios, 3-SG por outro agente etiológico (devendo especificar, neste caso), 4-SG não especificado e 5-SG por covid-19. Se o campo for preenchido com o código 1-SG por influenza, informar tipo e subtipo (preencher de acordo com as categorias do campo agente etiológico: tipo (1-Influenza A; 2-Influenza B) e subtipo: 1 - Influenza A (H1N1)pdm09; 6 - Influenza A (H3N2); 4 - Influenza A não subtipado; 7 - Influenza A não subtipável; 8 - Inconclusivo; 5 - Outro, especifique (se marcado esse código, especificar). (**OBS: Devido a atualização**

**(da ficha, para não haver perda de dados anteriores, os números não seguem uma sequência numérica).**

Se o campo for preenchido com o código 3-SG por outro agente etiológico, especificar o agente no campo indicado.

**CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO se data de encerramento for preenchida.**

**60.** Informar se o caso faz parte de uma cadeia de surto de Síndrome Gripal (SG): 1-Sim (se o paciente faz parte de uma cadeia de surto de Síndrome Gripal) 2-Não (se o paciente não faz parte de uma cadeia de surto de Síndrome Gripal) ou 9-ignorado (se a informação é desconhecida).

**61.** Informar se trata-se de um caso de co-detecção, em que foi identificado mais de um vírus. 1-Sim (trata-se de um caso de co-detecção), 2- Não (Não é um caso de co-detecção), 9- ignorado (a informação é desconhecida). Para o preenchimento deste campo deve-se levar em consideração as orientações da NOTA TÉCNICA Nº 31/2022-CGPNI/DEIDT/SVS/MS.

**62.** Informar a data do encerramento da investigação do caso, constando dia, mês e ano (Ex. 23/09/2012). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO, se classificação final for preenchida.**

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

**64.** Preencher com o nome completo do profissional de saúde responsável pelo preenchimento da ficha de registro individual (sem abreviações).

**65.** Este campo de informação deverá ser preenchido com abreviatura do conselho de classe ao qual o profissional pertence e respectivo número de inscrição/ matrícula do profissional de saúde responsável pelo preenchimento da ficha de registro individual.

**SARS-CoV-2: Vigilância Genômica Epidemiológica e Reinfecção (campos a serem preenchidos pelas equipes de vigilância, conforme fluxo local):**

**66.** Informar a designação da variante (OMS): 1- Ômicron, 2- Delta, 3- Alfa, 4- Beta, 5- Gama, 6- Recombinante (Exemplos: XE, XF, XQ, XS...), 7- Outra, especifique (neste caso deverá ser especificada a variante).

**67.** Preencher com a linhagem da variante.

**68.** Método laboratorial mais recente: 1- Sequenciamento genômico completo, 2- Sequenciamento genômico parcial, 3. RT-PCR em tempo real de inferência, 4-Outro, especifique (neste caso deverá ser especificado o método laboratorial realizado mais recente).

**69.** Informar o nome do laboratório que realizou a análise da amostra.

**70.** Preencher o Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – (CNES) do laboratório responsável pela liberação do resultado laboratorial.

**71.** Informar a data de liberação do resultado laboratorial, constando dia, mês e ano (Ex. 23/09/2012).

**72.** Preencher o encerramento do caso (para VOC, VOI ou VUM): 1- Confirmado por Sequenciamento genômico completo 2- Provável por Sequenciamento genômico parcial 3- Sugestivo por RT-PCR de inferência 4- Sugestivo por vínculo epidemiológico e 5- Descartado.

**73.** Informar se o caso trata-se de um possível caso de reinfecção por covid-19: 1- Sim 2- Não 9 – Ignorado.

**74.** Preencher com o nome completo do profissional de saúde responsável pelo preenchimento da ficha de registro individual (sem abreviações).

**75.** Informar o nome completo do estabelecimento responsável pelo preenchimento e o código correspondente ao Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – (CNES).

**CASO DE SÍNDROME GRIPAL (SG)**

Indivíduo com febre, mesmo que referida, acompanhada de tosse e com início dos sintomas nos últimos 7 dias.

**ATENÇÃO:**

- Digitar no SIVEP-Gripe e anotar o número da ficha de registro individual antes de encaminhá-la, junto com a amostra, para o laboratório;
- Lembre-se de atualizar os dados da conclusão do caso (classificação final e data de encerramento) depois de recebido o resultado laboratorial;
- No caso de co-infecção, priorizar o resultado de influenza para a classificação final;
- A ficha deve ser disponibilizada somente em Unidades Sentinelas de Síndrome Gripal.

