

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 sentinela. **CAMPO OBRIGATÓRIO.**
3. Preencher com o nome completo do município (ou código correspondente segundo cadastro do IBGE) onde está localizada a unidade sentinela. **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 sentinela). **CAMPO OBRIGATÓRIO.** Você poderá conferir o CNES da unidade de saúde/sentinela através de consulta no link: 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 dispôr 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-Índigena (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.shtm>
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? 1-Sim, aves e/ou suínos 2-Não, nenhum 3- Sim, outros, qual (exemplos: cavalo, bovinos entre outros) 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 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	Sobrepeso
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 1ª, 2ª dose, dose reforço, 2ª dose reforço, dose adicional (quando for o caso) e dose reforço bivalente. 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 1ª dose, 2ª dose, dose reforço, 2ª dose reforço, dose adicional e dose reforço bivalente, 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 1ª dose, 2ª dose, dose reforço, 2ª dose reforço, dose adicional e dose reforço bivalente, 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-deteção, em que foi identificado mais de um vírus. 1-Sim (trata-se de um caso de co-deteção), 2- Não (Não é um caso de co-deteção), 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.

