

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 notificador) 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 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 - 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 freqüentados 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 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

Cardiopatia crônica Renal Crônico Imunodeprimido Doença Metabólica Crônica
 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		54 Tipo	

Dados Laboratoriais	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	
	INIBIÇÃO DA HEMAGLUTINAÇÃO		59 Resultado <input type="checkbox"/>	

Dados Laboratoriais	58 Data da Coleta		1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Inconclusivo 4 - Não realizado	
	60 Diagnóstico Etiológico		61 Tipo	
	1 - Influenza por novo subtipo viral (pandêmico) 2 - Influenza A Sazonal 3 - Influenza B Sazonal 4 - Influenza Aviária 5 - Outro Agente Infeccioso		H N	

Conclusão	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 _____	

Conclusão	64 Classificação Final <input type="checkbox"/>		65 Critério de Confirmação <input type="checkbox"/>		
	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? <input type="checkbox"/>		67 UF	68 País	
	1-Sim 2-Não 3-Indeterminado				

Conclusão	69 Município	Código (IBGE)	70 Distrito	71 Bairro
	72 Doença Relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/>	73 Evolução do Caso <input type="checkbox"/>		

Investigador	Município/Unidade de Saúde		Cód. da Unid. de Saúde	
	Nome	Função	Assinatura	