

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 - 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 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 3 - Influenza B Sazonal 4 - Influenza Aviária 5 - Outro Agente Infeccioso	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

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

Dados Laboratoriais	RAIO X TÓRAX	61 Tipo
	62 Data da Realização	1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Inconclusivo 4 - Não realizado

Dados Laboratoriais	63 Se sim, resultado <input type="checkbox"/>
	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

Conclusão	Local Provável de Fonte de Infecção	66 O caso é autóctone do município de residência? <input type="checkbox"/>	67 UF	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 - Cura 2 - Óbito por Influenza 3 - Óbito por outras causas 9 - Ignorado	
	74 Data do Óbito	75 Data do Encerramento		
	1 - Sim 2 - Não 3 - Indeterminado			

Observações Adicionais

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