

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 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 15 Número do Cartão SUS 16 Nome da mãe

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

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 02 - Vizinhança 03 - Trabalho 04 - Creche/Escola 05 - Posto de Saúde/Hospital 06 - Outro Estado/Município 07 - Sem História de Contato 08 - Outro País 09 - Ignorado 10 - Meio de Transporte 11 - Outro

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 Tosse Calafrio Dispnéia Dor de Garganta Artralgia Mialgia Conjuntivite Coriza Diarréia Outros

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	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

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	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 <input type="checkbox"/>	

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	

Conclusão	66 O caso é autóctone do município de residência? <input type="checkbox"/>	67 UF	68 País
	1-Sim 2-Não 3-Indeterminado		
	69 Município	Código (IBGE)	70 Distrito
	71 Bairro		

Conclusão	72 Doença Relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/>	73 Evolução do Caso <input type="checkbox"/>
	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	1 - Cura 2 - Óbito por Influenza 3 - Óbito por outras causas 9 - Ignorado

Investigador	74 Data do Óbito	75 Data do Encerramento
	Município/Unidade de Saúde	Cód. da Unid. de Saúde

Nome	Função	Assinatura
------	--------	------------