

## FICHA DE INVESTIGAÇÃO SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE

Nº

<b>Dados Gerais</b>	<b>1</b> Município de Notificação	<b>2</b> Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	<b>3</b> Data da Notificação
---------------------	-----------------------------------	---	------------------------------

<b>Dados do Caso</b>	<b>4</b> <b>DEFINIÇÃO DE CASO SUSPEITO</b> (pré-requisito para preenchimento da ficha) Todo paciente que após 1º de fevereiro de 2003, apresente: febre elevada (>38°C), acompanhada de um ou mais dos seguintes sintomas: tosse, fadiga, dispnéia e contato íntimo com pacientes com SRAG (nos 10 dias anteriores ao início dos sintomas) ou realizou viagem recente para área com casos suspeitos (nos 10 dias anteriores ao início dos sintomas).		<b>5</b> Data dos Primeiros Sintomas	
	<b>6</b> Nome do Paciente		<b>7</b> Data de Nascimento	
	<b>8</b> Idade (em anos)	<b>9</b> Sexo M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> I - Ignorado <input type="checkbox"/>	<b>10</b> Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela <input type="checkbox"/> 4-Parda 5-Indígena 9-Ignorado <input type="checkbox"/>	<b>11</b> Escolaridade (em anos de estudo concluídos) 1-Nenhuma 2-De 1 a 3 3-De 4 a 7 4-De 8 a 11 <input type="checkbox"/> 5-De 12 e mais 6-Não se aplica 9-Ignorado <input type="checkbox"/>
	<b>12</b> Ocupação	<b>13</b> Nome da mãe	<b>14</b> Data do Atendimento	

<b>Dados de Residência</b>	<b>15</b> Logradouro da residência fixa ou de contato caso estrangeiro (rua, avenida,...)		<b>16</b> Número
	<b>17</b> Complemento (apto., casa, ...)	<b>18</b> Ponto de Referência da residência	
	<b>20</b> Bairro da residência	<b>21</b> Município da residência	<b>22</b> CEP
	<b>23</b> (DDD) Telefone de contato	<b>24</b> Zona 1 - Urbana <input type="checkbox"/> 2 - Rural <input type="checkbox"/> 3 - Urbana/Rural 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>	<b>25</b> País (se residente fora do Brasil)
	<b>19</b> UF		

### Dados Complementares do Caso

<b>Dados Clínicos</b>	<b>26</b> Sinais e Sintomas 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		
	<input type="checkbox"/> Febre (            °C) <input type="checkbox"/> Tosse seca <input type="checkbox"/> Fadiga <input type="checkbox"/> Dispnéia <input type="checkbox"/> Mialgia <input type="checkbox"/> Cefaléia <input type="checkbox"/> Diarréia <input type="checkbox"/> Exantema <input type="checkbox"/> Confusão <input type="checkbox"/> Perda de apetite <input type="checkbox"/> Outros sintomas:		
	<b>27</b> Foi internado <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	<b>28</b> Data da Internação	<b>29</b> Se internado, necessitou de ventilação mecânica <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado
	<b>30</b> Se internado, preencher o nome e telefone da unidade de saúde		

<b>Epidemiologia</b>	<b>31</b> O paciente-caso fez alguma viagem para fora do país nos 10 dias anteriores ao início de sintomas 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>		
	<b>32</b> Se sim, descreva os últimos locais para os quais viajou ou que fez conexão nos 10 dias anteriores ao início de sintomas		
	Cidade: _____	País: _____	Data: _____
	Cidade: _____	País: _____	Data: _____
	Cidade: _____	País: _____	Data: _____
<b>33</b> Meio de transporte utilizado na viagem <input type="checkbox"/> 1. Avião 2. Navio 3. Terrestre 9. Ignorado		<b>34</b> Identificação da empresa transportadora e trecho (vôo/cruzeiro/ônibus ou similar)	
<b>35</b> O paciente-caso teve contato com alguma pessoa com SRAG nos 10 dias anteriores ao início de sintomas 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>			
<b>36</b> O paciente-caso é trabalhador de saúde <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		<b>37</b> Se é trabalhador de saúde, nome da unidade de saúde e telefone	

<b>Tratamento</b>	<b>38</b> Realizou tratamento 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>	
	<b>39</b> Se realizou tratamento, qual(is) 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
<input type="checkbox"/> De suporte Qual(is) _____		
<input type="checkbox"/> Antivirais Qual(is) _____		
<input type="checkbox"/> Antibióticos Qual(is) _____		
<input type="checkbox"/> Corticosteróides Qual(is) _____		

