

FICHA DE INVESTIGAÇÃO SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE

Nº

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

Dados do Caso	4 DEFINIÇÃO DE CASO SUSPEITO (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).		5 Data dos Primeiros Sintomas	
	6 Nome do Paciente		7 Data de Nascimento	
	8 Idade (em anos)	9 Sexo M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> I - Ignorado	10 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9-Ignorado	11 Escolaridade (em anos de estudo concluídos) 1-Nenhuma 2-De 1 a 3 3-De 4 a 7 4-De 8 a 11 5-De 12 e mais 6-Não se aplica 9-Ignorado
	12 Ocupação	13 Nome da mãe	14 Data do Atendimento	

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

Dados Complementares do Caso

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

Epidemiologia	31 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"/>		
	32 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
33 Meio de transporte utilizado na viagem <input type="checkbox"/>	34 Identificação da empresa transportadora e trecho (vôo/cruzeiro/ônibus ou similar)		
1. Avião 2. Navio 3. Terrestre 9. Ignorado			
35 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"/>			
36 O paciente-caso é trabalhador de saúde <input type="checkbox"/>		37 Se é trabalhador de saúde, nome da unidade de saúde e telefone	
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			

Tratamento	38 Realizou tratamento 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>	
	39 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)	

