



**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, 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,  Calafrios,  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.

<b>Atendimento</b>	45 Ocorreu Hospitalização 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>	46 Data da Internação	47 UF
	48 Município do Hospital Código (IBGE)	49 Nome do Hospital Código	

<b>Dados Laboratoriais</b>	<b>PCR</b>	51 Tipo de Amostra 1 - Secreção de Nasofaringe 4 - Tecido pós-mortem 9 - Ignorado 2 - Lavado Bronco-alveolar 5 - Soro 3 - Fezes 6 - Outro <input type="checkbox"/>	52 Resultado 1 - Positivo 3 - Inconclusivo 2 - Negativo 4 - Não realizado <input type="checkbox"/>
	50 Data da Coleta	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 <input type="checkbox"/>	54 Tipo H N

<b>Dados Laboratoriais</b>	<b>CULTURA</b>	56 Tipo de Amostra 1 - Secreção de Nasofaringe 4 - Tecido pós-mortem 9 - Ignorado 2 - Lavado Bronco-alveolar 5 - Soro 3 - Fezes 6 - Outro <input type="checkbox"/>	57 Resultado 1 - Positivo 3 - Não realizado 2 - Negativo <input type="checkbox"/>
	55 Data da Coleta	58 Data da Coleta	59 Resultado 1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Inconclusivo 4 - Não realizado <input type="checkbox"/>
	<b>INIBIÇÃO DA HEMAGLUTINAÇÃO</b>	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 <input type="checkbox"/>	61 Tipo H N

<b>Dados Laboratoriais</b>	<b>RAIO X TÓRAX</b>	62 Data da Realização	63 Se sim, resultado 1 - Normal 2 - Infiltrado Intersticial 3 - Consolidação 4 - Misto 5 - Outros <input type="checkbox"/>
----------------------------	---------------------	-----------------------	---

<b>Conclusão</b>	64 Classificação Final 1 - Influenza por Novo Subtipo Viral 3 - Descartado 2 - Outro agente infeccioso <input type="checkbox"/>	65 Critério de Confirmação 1 - Laboratorial 2 - Clínico-Epidemiológico <input type="checkbox"/>
	Local Provável de Fonte de Infecção	
	66 O caso é autóctone do município de residência? 1-Sim 2-Não 3-Indeterminado <input type="checkbox"/>	67 UF 68 País
	69 Município Código (IBGE)	70 Distrito 71 Bairro
72 Doença Relacionada ao Trabalho 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>	73 Evolução do Caso 1 - Cura 2 - Óbito por Influenza 3 - Óbito por outras causas 9- Ignorado <input type="checkbox"/>	
74 Data do Óbito	75 Data do Encerramento	

Observações Adicionais

<b>Investigador</b>	Município/Unidade de Saúde	Cód. da Unid. de Saúde
	Nome	Função