



PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / SMS

OFÍCIO Nº SMS-OFI-2023/36992

Rio de Janeiro, 16 de outubro de 2023.

Assunto: **NORMATIZAÇÃO. REGULAMENTAÇÃO. ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO**

Prezados (as),

Segue documento técnico com definições para notificação / investigação de casos de surto de síndrome gripal em ambiente hospitalar - Conduta e Investigação Epidemiológica

Considerando a NOTA TÉCNICA Nº 14/2022-CGGRIPE/DEIDT/SVS/MS que trata das atualizações nas recomendações e orientações sobre a COVID-19 no âmbito da vigilância epidemiológica.

Considerando a NOTA TÉCNICA Nº 37/2023-CGVDI/DPNI/SVSA/MS que trata das orientações do Ministério da Saúde (MS) no âmbito da vigilância epidemiológica acerca do fim da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) referente à covid-19, declarado pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

Considerando a NOTA TÉCNICA Nº 13/2023-CGVDI/DIMU/SVSA/MS que trata das orientações sobre a estratégia e operacionalização da coleta de amostras de aspirado de nasofaringe (ANF) ou swab combinado (nasal/oral) para diagnóstico laboratorial dos vírus respiratórios, no contexto da vigilância sentinela de Síndrome Gripal (SG) e da vigilância de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG).

Considerando a NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 04/2020 que trata das orientações para serviços de saúde: medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados atualizada em 31/03/2023.

Considerando a NOTA TÉCNICA Nº 6/2023-CGVDI/DIMU/SVSA/MS que trata da apresentação da posição da Coordenação-Geral de Vigilância das Doenças Imunopreveníveis (CGVDI/DIMU/SVSA/MS) frente à atualização publicada pela

PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / SMS

Organização Mundial da Saúde (OMS) das recomendações e orientações sobre as medidas de prevenção e controle (especificamente sobre o uso de máscaras e tempo de isolamento) no contexto da covid-19.

Considerando a atualização do Guia de Manejo e Tratamento de Influenza pelo Ministério da Saúde em 2023.

Considerando a necessidade de investigação e monitoramento de surtos de síndrome gripal por COVID-19 em ambiente hospitalar.

Considerando a necessidade de revisão da NOTA TÉCNICA CONJUNTA Nº 8 /2020 (S/CGVS E S/SUBHUE) que trata das definições para a notificação/investigação de casos de surto de síndrome gripal por COVID-19 em ambiente hospitalar - conduta e investigação epidemiológica.

Esta nota técnica visa atualizar as definições para notificação de casos de surto de síndrome gripal em ambiente hospitalar, bem como orientar a investigação epidemiológica e condutas relacionadas.

DEFINIÇÕES OPERACIONAIS

Definição de caso Suspeito de Síndrome Gripal (SG) e Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG)

1. É considerado como caso suspeito de Síndrome Gripal (SG) por COVID-19 indivíduo com quadro respiratório agudo, caracterizado por pelo menos dois (2) dos seguintes sinais e sintomas: febre (mesmo que referida), calafrios, dor de garganta, dor de cabeça, tosse, coriza, distúrbios olfativos ou distúrbios gustativos.

2. É considerado como caso suspeito de Síndrome Gripal (SG) por Influenza e outros vírus respiratórios indivíduo que apresente febre de início súbito, mesmo que referida, acompanhada de tosse ou dor de garganta e pelo menos um dos seguintes sintomas: cefaleia, mialgia ou artralgia, na ausência de outro diagnóstico específico. Em crianças com menos de 2 anos de idade, considera-se também como caso de síndrome gripal: febre de início súbito (mesmo que referida) e sintomas respiratórios (tosse, coriza e obstrução nasal), na ausência de outro diagnóstico específico.

3. É considerado como caso suspeito de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) indivíduo com SG que apresente: dispneia/desconforto respiratório ou pressão ou dor persistente no tórax ou saturação de O₂ <94% em ar ambiente ou coloração azulada (cianose) dos lábios ou rosto.

Definição de Surto de Síndrome Gripal (SG) em ambiente hospitalar

PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / SMS

1. Será considerado surto de SG em ambiente hospitalar a ocorrência de pelo menos 3 casos de SG vinculados epidemiologicamente no mesmo setor de internação (enfermaria, UTI) **E** que tenham a data de início de sintomas, no mínimo, 48 horas após a admissão.

a. Se um dos casos de SG do surto (que tenha vínculo epidemiológico com os outros casos) evoluir de forma grave (SRAG ou óbito), deverá ser preenchida a ficha de SRAG do SIVEP-GRIPE, porém o caso deve permanecer também na planilha do surto (SINAN NET).

Definição de contato próximo de COVID-19

1. É qualquer pessoa que esteve em contato próximo a um caso confirmado de COVID-19 durante o seu período de transmissibilidade, ou seja, entre 48 horas antes até os dez dias após a data de início dos sinais e/ou sintomas (para indivíduos sintomáticos) ou após a data da coleta do exame (para indivíduos assintomáticos).

2. Para fins de vigilância, rastreamento, isolamento, monitoramento de contatos e quarentena, deve-se considerar o contato próximo a pessoa que:

a. Esteve a menos de um metro de distância, por um período mínimo de 15 minutos, com um caso confirmado sem ambos utilizarem máscara facial ou utilizarem de forma incorreta;

b. Teve um contato físico direto com um caso confirmado com posterior toque nos olhos, boca ou nariz com as mãos não higienizadas;

c. É profissional de saúde que prestou assistência em saúde ao caso de COVID-19 sem utilizar equipamentos de proteção individual (EPI), conforme preconizado, ou com EPI danificado;

d. Seja contato domiciliar ou residente na mesma casa/ambiente (dormitórios, creche, alojamento, entre outros) de um caso confirmado.

PRECAUÇÕES A SEREM ADOTADAS DURANTE A ASSISTÊNCIA A PACIENTES SUSPEITOS OU CONFIRMADOS DE COVID-19 EM ÂMBITO HOSPITALAR

1. A acomodação dos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo SARS-CoV-2 ou outro agente etiológico deve ser realizada, preferencialmente, em um quarto privativo com porta fechada e bem ventilado (ar-condicionado que garanta a exaustão adequada ou janelas abertas).

2. Caso o serviço de saúde não possua quartos privativos disponíveis em número suficiente para o atendimento de todos os casos, deve ser estabelecida a acomodação dos pacientes em coortes (mesma enfermaria ou área de isolamento).

PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / SMS

a. Embora a COVID-19 e a Influenza sejam doenças para as quais se implemente medidas de precaução semelhantes, não se deve colocar na mesma coorte, pacientes com COVID-19 e pacientes com influenza, para evitar a disseminação das diferentes doenças entre os pacientes.

3. O quarto, enfermaria, área de isolamento ou área de coorte deve permanecer com a porta fechada, ter a entrada sinalizada com alerta referindo medidas de precaução a serem adotadas: padrão, contato, gotículas e/ou aerossóis (em condições específicas), a fim de evitar a entrada/passagem de pacientes e visitantes de outras áreas ou de profissionais que estejam trabalhando em outros locais do serviço de saúde.

4. Deve ser mantida uma distância mínima de 1 metro entre os leitos dos pacientes e deve-se restringir ao máximo o número de acessos a essa área de coorte, inclusive visitantes.

5. Deve ser definido que determinados profissionais de saúde atuem na assistência direta a esses pacientes que estarão em quartos de isolamento ou coortes, durante todo o seu turno de trabalho, sendo orientados a não circular por outras áreas de assistência e nem prestar assistência a outros pacientes

6. Recomenda-se a não admissão de novos pacientes e a suspensão de visitas no setor de internação (enfermaria, UTI) enquanto houver pacientes em isolamento relacionados ao surto.

7. Recomenda-se o uso de máscaras faciais para pacientes que apresentem sintomas respiratórios ou que tenham recebido um resultado positivo para COVID-19, mesmo na ausência de sintomas. Esta recomendação estende-se igualmente aos seus acompanhantes e pacientes que tiveram contato próximo com caso confirmado, durante o seu período de transmissibilidade, nos últimos 10 dias.

8. Na ocorrência de surto de COVID-19 ou outro agente etiológico em determinado local ou instituição, recomenda-se o uso de máscara por todos os indivíduos do mesmo ambiente, devido ao potencial risco de transmissão por pessoas assintomáticas.

ISOLAMENTO DE CASOS CONFIRMADOS PARA COVID-19

Indivíduos assintomáticos com confirmação para COVID-19

Isolamento respiratório pode ser reduzido e suspenso no 5º dia completo a contar da data da primeira coleta, desde que permaneça assintomático durante todo o período e com resultado não detectável (RT PCR) ou não reagente (TR-Ag) realizado no 5º dia completo a contar da data da primeira coleta.

Indivíduos com quadro de Síndrome Gripal (SG) com confirmação para COVID-19

O isolamento respiratório poderá ser suspenso no 7º dia completo do início dos sintomas se estiver afebril sem o uso de medicamentos antitérmicos há pelo menos 24 horas e com remissão dos sintomas respiratórios, sem a necessidade de realizar teste RT-PCR ou TR-Ag para sair do isolamento. O isolamento poderá ser reduzido e suspenso no 5º dia completo do início dos sintomas se apresentar resultado não detectável (RT PCR) ou não reagente (TR-Ag), desde que permaneça afebril, sem o uso de medicamentos antitérmicos há pelo menos 24 horas e com remissão dos sintomas respiratórios.

Indivíduo com quadro de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) - grave/crítico com confirmação para COVID-19 (laboratorial ou clínico-epidemiológico)

Isolamento e precaução devem ser iniciados imediatamente e só podem ser suspensas após 20 dias do início dos sintomas, desde que permaneçam afebris, sem o uso de medicamentos antitérmicos há pelo menos 24 horas e com remissão dos sintomas respiratórios, mediante avaliação médica.

Indivíduo gravemente imunossuprimido com confirmação para COVID-19

Isolamento e precaução devem ser iniciados imediatamente e só podem ser suspensas após 20 dias do início dos sintomas, desde que afebris há 24 horas e com remissão dos sintomas respiratórios. A estratégia baseada em testagem laboratorial (necessidade de RT-PCR para SARS-CoV-2 negativo) para descontinuidade do isolamento deve ser considerada nessa população, a critério médico.

RASTREAMENTO DE CONTATO PRÓXIMO DE CASOS DE COVID-19

1. Realizar rastreamento laboratorial por TR-Ag dos casos de SG e dos contatos que tenham vínculo epidemiológico com os casos do surto mesmo que ainda não tenham apresentado sintomas de SG.

2. Nos casos que se configurarem surtos, faz-se necessário coletar até 3 amostras aleatórias (método RT-PCR), preferencialmente entre o 3º e 7º dia após início dos sintomas para o fortalecimento da vigilância laboratorial e epidemiológica de vírus respiratórios na cidade (identificação de subtipagem e linhagens de Influenza ou vigilância genômica de SARS-CoV-2).

PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / SMS

3. Caso um único paciente já internado (ou acompanhante) apresente sintomas de SG em um determinado setor de internação (enfermaria, UTI), o mesmo deverá ser testado para COVID-19 (TR-Ag), mesmo que ainda não configure surto em ambiente hospitalar. Essa conduta visa a adoção precoce de medidas preventivas.

a. A Vigilância em Saúde Local deverá garantir a disponibilidade de kits para investigação laboratorial dos casos/contatos do surto hospitalar.

FLUXO DE INFORMAÇÃO

Uma vez identificados casos de SG em uma mesma Enfermaria/UTI que atenda a definição de surto em ambiente hospitalar a unidade de saúde deverá acionar oportunamente (em 24h) a Vigilância em Saúde Local para sequência das rotinas já estabelecidas e providenciar a notificação individual dos casos e a notificação do surto em instrumento específico (anexos).

1. A notificação de casos de SG deve ser realizada na Ficha de Notificação de Síndrome Gripal (anexo A) para posterior inserção dos casos em sistema específico (E-SUS Notifica) pela unidade hospitalar (casos positivos e negativos);

2. A notificação de casos de SRAG deve ser realizada na Ficha de Notificação de Síndrome Respiratória Aguda Grave (anexo B) com posterior inserção em sistema específico (SIVEP-GRIPE).

3. A notificação de aglomerado de casos com vínculo epidemiológico (surto) deve ser realizada na Ficha de Notificação de Surto - SINAN NET (anexo C) e Planilha Para Acompanhamento de Surto, além da notificação dos casos individualmente nos sistemas correspondentes (SG no E-SUS Notifica e SRAG no SIVEP-GRIPE).

ATENÇÃO: No que diz respeito a outras ações frente a casos e surtos de SG, devem ser seguidas as orientações e recomendações descritas na Nota Técnica conjunta SAP e SVS: Abordagem no atendimento da Síndrome Gripal na Atenção Primária à Saúde no Município do Rio de Janeiro ou nos documentos técnicos do Ministério da Saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **NOTA TÉCNICA GVIMS /GGTES/ANVISA Nº 04/2020**. Orientações Para Serviços De Saúde: Medidas de Prevenção e Controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de COVID-19: atualizada em 31/03/2023. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/notas-tecnicas/notas-tecnicas-vigentes/NT042020covid31.03.2023.pdf>. Acesso em 28/09/2023.

PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / SMS

2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Imunização e Doenças Imunopreveníveis. Coordenação-Geral de Vigilância das Doenças Imunopreveníveis. **NOTA TÉCNICA Nº 6/2023-CGVDI /DIMU/SVSA/MS**. Trata-se da apresentação da posição da Coordenação-Geral de Vigilância das Doenças Imunopreveníveis (CGVDI/DIMU/SVSA/MS) frente à atualização publicada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) das recomendações e orientações sobre as medidas de prevenção e controle (especificamente sobre o uso de máscaras e tempo de isolamento) no contexto da covid-19. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/notas-tecnicas/2023/nota-tecnica-no-6-2023-cgvdi-dimu-svsa-ms/view>. Acesso em: 21/09/2023.

3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Imunização e Doenças Imunopreveníveis. Coordenação-Geral de Vigilância das Doenças Imunopreveníveis. **NOTA TÉCNICA Nº 37/2023-CGVDI /DPNI/SVSA/MS**. Orientações do Ministério da Saúde (MS) no âmbito da vigilância epidemiológica acerca do fim da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (Espii) referente à covid-19, declarado pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/notas-tecnicas/2023/nota-tecnica-no-37-2023-cgvdi-dpni-svsa-ms/view>. Acesso em: 28/09/2023.

4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Imunização e Doenças Imunopreveníveis. Coordenação-Geral de Vigilância das Doenças Imunopreveníveis **NOTA TÉCNICA Nº 13/2023-CGVDI /DIMU/SVSA/MS**. Orientações sobre a estratégia e operacionalização da coleta de amostras de aspirado de nasofaringe (ANF) ou swab combinado(nasal/oral) para diagnóstico laboratorial dos vírus respiratórios, no contexto da vigilância sentinela de Síndrome Gripal (SG) e da vigilância de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG). Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/notas-tecnicas/2023/nota-tecnica-no-13-2023-cgvdi-dimu-svsa-ms/view>. Acesso em: 21/09/2023

5. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Imunização e Doenças Imunopreveníveis. Coordenação-Geral de Vigilância das Doenças Imunopreveníveis. **NOTA TÉCNICA Nº 14/2022-CGGRIPE/DEIDT/SVS/MS**. Atualização da Nota Técnica nº10/2022-CGGRIPE/DEIDT /SVS/MS, que trata sobre atualizações das recomendações e orientações sobre a covid-19 no âmbito da vigilância epidemiológica. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/notas-tecnicas/2022/sei_ms-0030035449-nt-14-cggripe-atualizacoes-ve-covid-19.pdf/view. Acesso em: 21/09/2023

6. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento do Programa Nacional de Imunizações e Doenças Imunopreveníveis. **Guia de Manejo e Tratamento de influenza 2023 [recurso eletrônico]** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Departamento do Programa Nacional de Imunizações e Doenças Imunopreveníveis. – Brasília : Ministério da Saúde, 2023. 58 p. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/influenza/guia-de-manejo-e-tratamento-de-influenza-2023/view>. Acesso em: 21/09/2023.

PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / SMS

7. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica: emergência de saúde pública de importância nacional pela doença pelo coronavírus 2019 - covid-19**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/publicacoes-tecnicas/guias-e-planos/guia-de-vigilancia-epidemiologica-covid-19/view>. Acesso em 28/09/2023

8. RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde. **NOTA TÉCNICA CONJUNTA Nº 8/2020 (S/CGVS E S/SUBHUE)** que trata das definições para a notificação/investigação de casos de surto de síndrome gripal por COVID-19 em ambiente hospitalar - conduta e investigação epidemiológica. Disponível em: <https://doweb.rio.rj.gov.br/portal/visualizacoes/pdf/4773/#/p:7/e:4773>. Acesso em: 28/09/2023.

9. RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde. **OFÍCIO Nº SMS-OFI-2023/17992**. Nota Técnica conjunta S/SUBPAV/SAP e S/SUBPAV/SVS. Abordagem no atendimento da Síndrome Gripal na Atenção Primária à Saúde no Município do Rio de Janeiro. Disponível em: <https://acesso.processo.rio/sigaex/public/app/autenticar>. Acesso em: 28/09/2023

Em anexo neste documento, constam as fichas de notificação assim identificadas abaixo:

Anexo A - Ficha de Notificação de Síndrome Gripal Suspeito de COVID-19

Anexo B - Ficha de Notificação de Síndrome Respiratória Aguda Grave

Anexo C - Ficha de Notificação de Surto

CAIO LUIZ PEREIRA RIBEIRO
COORDENADOR II
Matrícula: 3032521
S/SUBPAV/SVS/CIEVS

FLAVIO DIAS DA SILVA
COORDENADOR II
Matrícula: 2253961
S/SUBPAV/SVS/CVE

GISLANI MATEUS OLIVEIRA AGUILAR
SUPERINTENDENTE
Matrícula: 2952687
S/SUBPAV/SVS

PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / SMS

PAULO DE OLIVEIRA SILVEIRA
SUPERINTENDENTE
Matrícula: 3243649
S/SUBHUE/SUE

TERESA CRISTINA VIVAS NAVARRO VANNUCCI
SUBSECRETARIO
Matrícula: 3243383
S/SUBHUE

RENATO CONY SERODIO
SUBSECRETARIO
Matrícula: 3243748
S/SUBPAV



FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE SG SUSPEITO DE DOENÇA PELO CORONAVÍRUS 2019 – COVID-19 (B34.2)

Definição de caso: Indivíduo com quadro respiratório agudo, caracterizado por pelo menos dois (2) dos seguintes sinais e sintomas: febre (mesmo que referida), calafrios, dor de garganta, dor de cabeça, tosse, coriza, distúrbios olfativos ou distúrbios gustativos.

Em crianças: além dos itens anteriores considera-se também obstrução nasal, na ausência de outro diagnóstico específico.

Em idosos: deve-se considerar também critérios específicos de agravamento como síncope, confusão mental, sonolência excessiva, irritabilidade e inapetência.

Observação: Na suspeita de COVID-19, a febre pode estar ausente e sintomas gastrointestinais (diarreia) podem estar presentes.

IDENTIFICAÇÃO			
Município de Notificação: _____		UF de notificação: ____ ____ ____	
Data da Notificação: ____ ____ ____		Profissional de saúde: (Marcar X)	
Tem CPF? (Marcar X)	Estrangeiro: (Marcar X)	Profissional de saúde: (Marcar X)	
____ Sim ____ Não	____ Sim ____ Não	____ Sim ____ Não	
CPF: ____ ____ ____ ____ ____ ____	CNS: ____ ____ ____ ____ ____ ____	Passaporte: ____ ____ ____ ____ ____ ____	
Ocupação (CBO): _____			
Nome Completo: _____			
Nome Completo da Mãe: _____			
Data de nascimento: ____ ____ ____		País de origem: _____	
Sexo: (Marcar X)	Raça/Cor: (Marcar X)	____ Branca ____ Preta ____ Amarela ____ Parda ____ Ignorado	
____ Masculino ____ Feminino	____ Indígena	Se indígena, informar etnia: _____	
É membro de povo ou comunidade tradicional? (Marcar X) ____ Sim ____ Não <i>Se sim, qual?</i> _____			
Estado de residência: ____ ____ ____		Município de Residência: _____	
Logradouro: _____		Número: _____	CEP: ____ ____ ____ ____ ____ ____
Complemento: _____		Bairro: _____	
Telefone 1: _____		Telefone 2: _____	
E-mail: _____			

ESTRATÉGIA E LOCAL DE REALIZAÇÃO DA TESTAGEM			
Estratégia: (Marcar X) ____ Diagnóstico assistencial (sintomático) ____ Busca ativa de assintomático ____ Triagem de população específica ____			
Se busca ativa de assintomático: (Marcar X)		Se triagem de população específica: (Marcar X)	
____ Monitoramento de contatos		____ Trabalhadores de serviços essenciais ou estratégicos	
____ Investigação de surtos		____ Profissionais de saúde	
____ Monitoramento de viajantes com risco de VOC (quarentena)		____ Gestantes e puérperas	
____ Outro: _____		____ Povos e comunidades tradicionais	
____ Outro: _____		____ Outro: _____	
Local de realização da testagem: (Marcar X)			
____ Serviço de saúde (UBS, hospital, UPA etc.)		____ Local de trabalho	
____ Farmácia ou drogaria		____ Escola	
____ Outro: _____		____ Aeroporto	
____ Outro: _____		____ Domicílio ou comunidade	

DADOS CLÍNICOS EPIDEMIOLÓGICOS			
Sintomas: (Marcar X) ____ Assintomático ____ Febre ____ Dor de Garganta ____ Dispneia ____ Tosse ____ Coriza ____			
____ Dor de Cabeça ____ Distúrbios gustativos ____ Distúrbios olfativos ____ Outros: _____			
Data do início dos sintomas: ____ ____ ____			
Condições: (Marcar X)			
____ Doenças respiratórias crônicas descompensadas		____ Doenças cardíacas crônicas	
____ Doenças renais crônicas em estágio avançado (graus 3, 4 e 5)		____ Puérpera (até 45 dias do parto)	
____ Portador de doenças cromossômicas ou estado de fragilidade imunológica		____ Imunossupressão	
____ Outros: _____		____ Diabetes	
____ Outros: _____		____ Gestante	
____ Outros: _____		____ Obesidade	
<i>Campos preenchidos automaticamente pelo sistema.</i>			
Recebeu vacina Covid-19? (Marcar X)		Se recebeu vacina Covid-19, informar:	
____ Sim ____ Não		Dose	Data da vacinação
		1ª dose	____ ____ ____
		2ª dose	____ ____ ____
		Dose reforço	Data dose reforço
		____ ____ ____	____ ____ ____
		Laboratório produtor da vacina	Lote da vacina
		____ ____ ____	____ ____ ____
		Laboratório produtor dose reforço	Lote dose reforço
		____ ____ ____	____ ____ ____

EXAMES LABORATORIAIS				
Tipo de teste	Estado do teste		Data da coleta	Resultado
RT-PCR	____ Solicitado	____ Coletado	____ ____ ____	____ Não detectável ____ Detectável
	____ Concluído	____ Não Solicitado		____ Inconclusivo ou Indeterminado
RT-LAMP	____ Solicitado	____ Coletado	____ ____ ____	____ Não detectável ____ Detectável
	____ Concluído	____ Não Solicitado		____ Inconclusivo ou Indeterminado
Teste sorológico IgA	____ Solicitado	____ Coletado	____ ____ ____	____ Não reagente ____ Reagente
	____ Concluído	____ Não Solicitado		____ Inconclusivo ou Indeterminado
Teste sorológico IgM	____ Solicitado	____ Coletado	____ ____ ____	____ Não reagente ____ Reagente
	____ Concluído	____ Não Solicitado		____ Inconclusivo ou Indeterminado
Teste sorológico IgG	____ Solicitado	____ Coletado	____ ____ ____	____ Não reagente ____ Reagente
	____ Concluído	____ Não Solicitado		____ Inconclusivo ou Indeterminado
Teste sorológico – anticorpos totais	____ Solicitado	____ Coletado	____ ____ ____	____ Não reagente ____ Reagente
	____ Concluído	____ Não Solicitado		____ Inconclusivo ou Indeterminado
Teste rápido de anticorpo IgM	____ Solicitado	____ Coletado	____ ____ ____	____ Não reagente ____ Reagente
	____ Concluído	____ Não Solicitado		____ Inconclusivo ou Indeterminado
Teste rápido de anticorpo IgG	____ Solicitado	____ Coletado	____ ____ ____	____ Não reagente ____ Reagente
	____ Concluído	____ Não Solicitado		____ Inconclusivo ou Indeterminado

CASO DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE (SRAG-HOSPITALIZADO): Indivíduo com SG que apresente: dispneia/desconforto respiratório OU pressão persistente no tórax OU saturação de O₂ menor que 95% em ar ambiente OU coloração azulada dos lábios ou rosto.

Para efeito de notificação no SIVEP-Gripe, devem ser considerados os casos de SRAG hospitalizados ou os óbitos por SRAG independente de hospitalização.

1	Data do preenchimento da ficha de notificação: ____/____/____	2	Data de 1 ^{os} sintomas ____/____/____	
3	UF: ____/____	4	Município: _____ Código (IBGE): ____/____/____/____	
5	Unidade de Saúde: _____		Código (CNES): ____/____/____/____/____	
Dados do Paciente	6	Tem CPF? __ 1-Sim 2-Não	7	CPF: ____/____/____-____/____
	8	Estrangeiro __ 1-Sim 2-Não		
	9	Cartão Nacional de Saúde (CNS): ____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____		
	10	Nome: _____	11	Sexo: __ 1- Masc. 2- Fem. 9- Ign
	12	Data de nascimento: ____/____/____	13	(Ou) Idade: ____/____/____ 1-Dia 2-Mês 3-Ano __
	14		14	Gestante: __ 1-1 ^o Trimestre 2-2 ^o Trimestre 3-3 ^o Trimestre 4-Idade Gestacional Ignorada 5-Não 6-Não se aplica 9-Ignorado
	15	Raça/Cor: __ 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9-Ignorado		
	16	Se indígena, qual etnia? _____		
	17	É membro de povo ou comunidade tradicional? __ 1-Sim 2-Não	18	Se sim, qual? _____
19	Escolaridade: __ 0-Sem escolaridade/Analfabeto 1-Fundamental 1 ^o ciclo (1 ^a a 5 ^a série) 2-Fundamental 2 ^o ciclo (6 ^a a 9 ^a série) 3-Médio (1 ^o ao 3 ^o ano) 4-Superior 5-Não se aplica 9-Ignorado			
20	Ocupação: _____	21	Nome da mãe: _____	
Dados de residência	22	CEP: ____/____-____/____		
	23	UF: ____/____	24	Município: _____ Código (IBGE): ____/____/____/____
	25	Bairro: _____	26	Logradouro (Rua, Avenida, etc.): _____
	27		27	Nº: _____
	28	Complemento (apto, casa, etc...): _____	29	(DDD) Telefone: ____-____/____/____
	30	Zona: __ 1-Urbana 2-Rural 3-Periurbana 9-Ignorado	31	País: (se residente fora do Brasil) _____
Dados Clínicos e Epidemiológicos	32	Trata-se de caso nosocomial (infecção adquirida no hospital)? __ 1-Sim 2-Não 9-ignorado		
	33	Paciente trabalha ou tem contato direto com aves, suínos, ou outro animal? __ 1-Sim, aves e/ou suínos 2-Não, nenhum __ 3- Sim, outros, qual _____ 9-ignorado		
	34	Sinais e Sintomas: 1-Sim 2-Não 9-ignorado __ Febre __ Tosse __ Dor de Garganta __ Dispneia __ Desconforto Respiratório __ Saturação O ₂ < 95% __ Diarreia __ Vômito __ Dor abdominal __ Fadiga __ Perda do olfato __ Perda do paladar __ Outros _____		
	35	Possui fatores de risco/comorbidades? __ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se sim, qual(is)? (Marcar X) __ Puérpera (até 45 dias do parto) __ Doença Cardiovascular Crônica __ Doença Hematológica Crônica __ Tabagismo __ Síndrome de Down __ Doença Hepática Crônica __ Asma __ Diabetes mellitus __ Doença Neurológica Crônica __ Outra Pneumopatia Crônica __ Outros _____ __ Imunodeficiência/Imunodepressão __ Doença Renal Crônica __ Obesidade, IMC __		
	36	Recebeu vacina COVID-19? __ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	37	Data da dose vacina COVID-19: Data da 1 ^a dose: ____/____/____ Data da dose reforço: ____/____/____ Data da 2 ^a dose: ____/____/____ Data da 2 ^a dose reforço: ____/____/____ Data da dose adicional: ____/____/____ Data dose reforço bivalente: ____/____/____
	38	Fabricante vacina COVID-19: Fabricante 1 ^a dose: _____ Fabricante 2 ^a dose: _____ Fabricante dose reforço: _____ Fabricante 2 ^a dose reforço: _____ Fabricante dose adicional: _____ Fabricante dose reforço bivalente: _____	39	Lote da vacina COVID-19: Lote 1 ^a dose _____ Lote 2 ^a dose _____ Lote dose reforço _____ Lote 2 ^a dose reforço _____ Lote dose adicional _____ Lote dose reforço bivalente: _____
	40	Recebeu vacina contra Gripe na última campanha? __ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	41	Data da vacinação: ____/____/____
		Se < 6 meses: a mãe recebeu a vacina? __ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se sim, data: ____/____/____ a mãe amamenta a criança? __ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado		
		Se >= 6 meses e <= 8 anos: Data da dose única 1/1: ____/____/____ (dose única para crianças vacinadas em campanhas de anos anteriores) Data da 1 ^a dose: ____/____/____ (1 ^a dose para crianças vacinadas pela primeira vez) Data da 2 ^a dose: ____/____/____ (2 ^a dose para crianças vacinadas pela primeira vez)		
	Atendimento	42	Usou antiviral para gripe? __ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	43
44			44	Data início do tratamento: ____/____/____
45		Recebeu tratamento antiviral para covid-19? __ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	46	Qual antiviral? __ 1- Nirmatrevir/ritonavir (Paxlovid [®]) 2- Baricitinibe (Olumiant [®]) 3- Outro, especifique _____
47			47	Data início do tratamento: ____/____/____
48		Houve internação? __ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	49	Data da internação por SRAG: ____/____/____
50			50	UF de internação: ____/____
51	Município de internação: _____		Código (IBGE): ____/____/____/____	
52	Unidade de Saúde de internação: _____		Código (CNES): ____/____/____/____/____	
53	Internado em UTI? __ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	54	Data da entrada na UTI: ____/____/____	
55		55	Data da saída da UTI: ____/____/____	

	56	Uso de suporte ventilatório: <input type="checkbox"/> 1-Sim, invasivo 2-Sim, não invasivo 3-Não 9-Ignorado	57	Raio X de Tórax: <input type="checkbox"/> 1-Normal 2-Infiltrado intersticial 3-Consolidação 4-Misto 5-Outro: _____ 6-Não realizado 9-Ignorado	58	Data do Raio X: _____
	59	Aspecto Tomografia <input type="checkbox"/> 1-Típico covid-19 2-Indeterminado covid-19 3-Atípico covid-19 4-Negativo para Pneumonia 5-Outro 6-Não realizado 9-Ignorado	60	Data da tomografia: _____		
	61	Coletou amostra <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	62	Data da coleta: _____	63	Tipo de amostra: <input type="checkbox"/> 1-Secreção de Naso-orofaringe 2-Lavado Bronco-alveolar 3-Tecido <i>post-mortem</i> 4-Outra, qual? _____ 5-LCR 9-Ignorado
Dados Laboratoriais	64	Nº Requisição do GAL: _____	65	Tipo do teste para pesquisa de antígenos virais: <input type="checkbox"/> 1-Imunofluorescência (IF) 2-Teste rápido antigênico		
	66	Data do resultado da pesquisa de antígenos: _____	67	Resultado da Teste antigênico: <input type="checkbox"/> 1-positivo 2-Negativo 3-Inconclusivo 4-Não realizado 5-Aguardando resultado 9-Ignorado		
	68	Laboratório que realizou o Teste antigênico: _____ Código (CNES): _____				
	69	Agente Etiológico - Teste antigênico: Positivo para Influenza? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se sim, qual influenza? <input type="checkbox"/> 1-Influenza A 2-Influenza B Positivo para outros vírus? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se outros vírus respiratórios qual(is)? (marcar X) <input type="checkbox"/> SARS-CoV-2 <input type="checkbox"/> Vírus Sincicial Respiratório <input type="checkbox"/> Parainfluenza 1 <input type="checkbox"/> Parainfluenza 2 <input type="checkbox"/> Parainfluenza 3 <input type="checkbox"/> Adenovírus <input type="checkbox"/> Outro vírus respiratório, especifique: _____				
	70	Resultado da RT-PCR/outro método por Biologia Molecular: <input type="checkbox"/> 1-Detectável 2-Não Detectável 3-Inconclusivo 4-Não realizado 5-Aguardando resultado 9-Ignorado	71	Data do resultado RT-PCR/outro método por Biologia Molecular: _____		
	72	Agente Etiológico - RT-PCR/outro método por Biologia Molecular: Positivo para Influenza? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se sim, qual influenza? <input type="checkbox"/> 1-Influenza A 2-Influenza B Influenza A, qual subtipo? <input type="checkbox"/> 1-Influenza A(H1N1)pdm09 2-Influenza A(H3N2) 3-Influenza A não subtipado 4-Influenza A não subtipável 5-Inconclusivo 6-Outro, especifique: _____ Influenza B, qual linhagem? <input type="checkbox"/> 1-Victoria 2-Yamagata 3-Não realizado 4-Inconclusivo 5-Outro, especifique: _____ Positivo para outros vírus? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se outros vírus respiratórios, qual(is)? (marcar X) <input type="checkbox"/> SARS-CoV-2 <input type="checkbox"/> Vírus Sincicial Respiratório <input type="checkbox"/> Parainfluenza 1 <input type="checkbox"/> Parainfluenza 2 <input type="checkbox"/> Parainfluenza 3 <input type="checkbox"/> Parainfluenza 4 <input type="checkbox"/> Adenovírus <input type="checkbox"/> Metapneumovírus <input type="checkbox"/> Bocavírus <input type="checkbox"/> Rinovírus <input type="checkbox"/> Outro vírus respiratório, especifique: _____				
	73	Laboratório que realizou RT-PCR/outro método por Biologia Molecular: _____ Código (CNES): _____				
	74	Tipo de amostra sorológica para SARS-Cov-2: <input type="checkbox"/> 1-Sangue/plasma/soro 2-Outra, qual? _____ 9-Ignorado	75	Data da coleta: _____		
	76	Tipo de Sorologia para SARS-Cov-2: <input type="checkbox"/> 1-Teste rápido 2-Elisa 3-Quimiluminescência 4-Outro, qual? _____ Resultado do Teste Sorológico para SARS-CoV-2: <input type="checkbox"/> IgG <input type="checkbox"/> IgM <input type="checkbox"/> IgA 1-Positivo 2-Negativo 3-Inconclusivo 4-Não realizado 5-Aguarda resultado 9-Ignorado	77	Data do resultado: _____		
	Conclusão	78	Faz parte de uma cadeia de surto de SG? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	79	É um caso de co-deteção? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	
80		Classificação final do caso: <input type="checkbox"/> 1-SRAG por influenza 2-SRAG por outro vírus respiratório 3-SRAG por outro agente etiológico, qual _____ 4-SRAG não especificado 5-SRAG por covid-19	81	Critério de Encerramento: <input type="checkbox"/> 1-Laboratorial 2-Clínico Epidemiológico 3-Clínico 4-Clínico-Imagem		
82		Evolução do Caso: <input type="checkbox"/> 1-Cura 2-Óbito 3-Óbito por outras Causas 9-Ignorado	83	Data da alta ou óbito: _____	84	Data do Encerramento: _____
	85	Número D.O: _____ - _____				
86	OBSERVAÇÕES:					
87	Profissional de Saúde Responsável: _____	88	Registro Conselho/Matrícula: _____			
SARS-CoV-2: Vigilância Genômica Epidemiológica e Reinfecção (campos a serem preenchidos pelas equipes de vigilância, conforme fluxo local):						
89	Designação da variante (OMS): <input type="checkbox"/> 1-Ômicron 2-Delta 3-Alfa 4-Beta 5-Gama 6-Recombinante (Exemplos: XE, XF, XQ, XS...) 7-Outra, especifique: _____	90	Linhagem da variante: _____	91	Método laboratorial mais recente: <input type="checkbox"/> 1-Sequenciamento genômico completo 2-Sequenciamento genômico parcial 3-RT-PCR em tempo real de inferência 4-Outro, especifique: _____	
92	Nome do laboratório: _____	93	Código (CNES) do laboratório: _____	94	Data do resultado: _____	
95	Encerramento do caso (para VOC, VOI ou VUM): <input type="checkbox"/> 1-Confirmado por Sequenciamento genômico completo 2-Provável por Sequenciamento genômico parcial 3-Sugestivo por RT-PCR de inferência 4-Sugestivo por vínculo epidemiológico 5-Descartado	96	Possível caso de reinfecção por covid-19? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado			
97	Profissional responsável pelo preenchimento: _____	98	Estabelecimento responsável pelo preenchimento: _____	Código (CNES): _____		

