



GOVERNO DE SANTA CATARINA
Secretaria de Estado da Saúde
Sistema Único de Saúde
Superintendência de Vigilância em Saúde
Diretoria de Vigilância Epidemiológica

Nota Informativa nº 03/2019 – DIVE/SUV/SES/SC

Assunto: *Alteração na definição de caso de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) e sistema de informação para vigilância de Influenza.*

Com o objetivo de fortalecer a vigilância de influenza e outros vírus respiratórios no Estado de Santa Catarina, a Diretoria de Vigilância epidemiológica, por meio da Gerência de Vigilância de Doenças Imunopreveníveis e Imunização de informa que a partir de janeiro de 2019 houve alteração na definição de caso de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG).

1. Definição de Caso de Síndrome respiratória aguda grave (SRAG):

Indivíduo hospitalizado com febre, mesmo que referida, acompanhada de tosse ou dor de garganta e que apresente dispneia ou saturação de O₂<95% ou desconforto respiratório ou que evoluiu para óbito por SRAG independente de internação.

2. Notificação:

As notificações que antes eram somente realizadas em pacientes com sinais e sintomas internados em UTI passam a ser em todos os pacientes hospitalizados que gerem Autorização de Internação Hospitalar (AIH). A ficha de notificação da SRAG em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), foi substituída pela nova ficha de SRAG Hospitalizado (ficha em anexo).

3. Sistema de Informação:

Houve a migração do sistema de informação, passando do SINAN Influenza WEB para o SIVEP GRIPE. Para as notificações incluídas até o dia 29/12/2018, o sistema SINAN Influenza WEB ficará válido como banco de consultas e acesso aos dados dos anos anteriores. O SIVEP é um sistema já utilizado pelos Sentinela Influenza no Brasil, sendo adaptado agora para absorver também as notificações da Vigilância SRAG Universal.

4. Considerações:

Solicita-se que todos os pacientes hospitalizados com diagnóstico de SRAG que gerem AIH devem ser notificados no sistema SIVEP GRIPE, conforme orientações citadas.

Maria Teresa Bertoldi Agostini
Diretora de Vigilância Epidemiológica
DIVE/SUV/SES/SC



FICHA DE REGISTRO INDIVIDUAL - CASOS DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE HOSPITALIZADO

CASO DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE (SRAG-HOSPITALIZADO):

Indivíduo hospitalizado com febre, mesmo que referida, acompanhada de tosse ou dor de garganta e que apresente dispneia ou saturação de O₂ < 95% ou desconforto respiratório ou que evoluiu para óbito por SRAG independente de internação.

1	Data do preenchimento da ficha de notificação: _____		2	Data de 1 ^{os} sintomas da SRAG: _____		
3	UF: _____	4	Município: _____		Código (IBGE): _____	
5	Unidade de Saúde: _____			Código (CNES): _____		
Dados do Paciente	6	CNS do cidadão: _____				
	7	Nome: _____			8	Sexo: _____ 1-Masculino 2-Feminino 9-Ignorado
	9	Data de nascimento: _____	10	(ou) Idade: _____ 1-Dia 2-Mês 3-Ano _____		
	11	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				
	12	Raça/Cor: _____ 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9-Ignorado				
	13	Se indígena, qual etnia? _____				
14	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					
15	Nome da mãe: _____					
Dados de Residência	16	CEP: _____ - _____				
	17	UF: _____	18	Município: _____		
	19	Bairro: _____	20	Logradouro (Rua, Avenida, etc.): _____		
	21	Nº: _____				
	22	Complemento (apto, casa, etc...): _____		23	(DDD) Telefone: _____	
24	Zona: _____ 1-Urbana 2-Rural 3-Periurbana 9-Ignorado		25	País: (se residente fora do Brasil) _____		
Dados Clínicos e Epidemiológicos	26	É caso proveniente de surto de SG que evoluiu para SRAG? _____ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado				
	27	Trata-se de caso com infecção de SRAG adquirida após internação hospitalar? _____ 1-Sim 2-Não 9-ignorado				
	28	Paciente trabalha ou tem contato direto com aves ou suínos? _____ 1-Sim 2-Não 9-ignorado				
	29	Sinais e Sintomas: 1-Sim 2-Não 9-ignorado _____ Febre _____ Tosse _____ Dor de Garganta _____ Dispneia _____ Desconforto Respiratório _____ Saturação O ₂ < 95% _____ Diarreia _____ Vômito _____ Outros _____				
	30	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 _____ Síndrome de Down _____ Doença Hepática Crônica _____ _____ Asma _____ Diabetes <i>mellitus</i> _____ Doença Neurológica Crônica _____ _____ Outra Pneumopatia Crônica _____ Imunodeficiência/Imunodepressão _____ Doença Renal Crônica _____ _____ Obesidade, IMC _____ _____ Outros _____				
	31	Recebeu vacina contra Gripe na última campanha? _____ _____ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado			32	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)					

Dados de Atendimento	33	Usou antiviral para gripe? __ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	34	Qual antiviral? __ 1-Osetamivir 2-Zanamivir 3-Outro, especifique: _____	35	Data início do tratamento ____ ____ ____
	36	Houve internação? __ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	37	Data da internação por SRAG: ____ ____ ____	38	UF de internação: __ __
	39	Município de internação: _____	Código (IBGE): __ __ __ __ __ __			
	40	Unidade de Saúde de internação: _____	Código (CNES): __ __ __ __ __ __			
	41	Internado em UTI? __ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	42	Data da entrada na UTI: ____ ____ ____	43	Data da saída da UTI: ____ ____ ____
	44	Uso de suporte ventilatório: __ 1-Sim, invasivo 2-Sim, não invasivo 3-Não 9-Ignorado	45	Raio X de Tórax: __ 1-Normal 2-Infiltrado intersticial 3-Consolidação 4-Misto 5-Outro: _____ 6-Não realizado 9-Ignorado	46	Data do Raio X: ____ ____ ____
	47	Coletou amostra? __ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	48	Data da coleta: ____ ____ ____	49	Tipo de amostra: __ 1-Secreção de Naso-orofaringe 2-Lavado Broco-alveolar 3-Tecido <i>post-mortem</i> 4-Outra, qual? _____ 9-Ignorado

Dados Laboratoriais	50	Nº Requisição do GAL: _____				
	51	Resultado da IF: __ 1-Positivo 2-Negativo 3-Inconclusivo 4-Não realizado 5-Aguardando resultado 9-Ignorado	52	Data do resultado da IF: ____ ____ ____		
	53	Agente Etiológico – IF: Positivo para Influenza? __ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se sim, qual influenza? __ 1- Influenza A 2- Influenza B Positivo para outros vírus? __ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se outros vírus respiratórios qual(is)? (marcar X) <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: _____				
	54	Laboratório que realizou IF: _____	Código (CNES): __ __ __ __ __ __			
	55	Resultado da RT-PCR: __ 1-Detectável 2-Não Detectável 3-Inconclusivo 4-Não realizado 5-Aguardando resultado 9-Ignorado	56	Data do resultado RT-PCR: ____ ____ ____		
	57	Agente Etiológico – RT-PCR: Positivo para Influenza? __ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se sim, qual influenza? __ 1- Influenza A 2- Influenza B Influenza A, qual subtipo? __ 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? __ 1-Vitória 2-Yamagata 3-Não realizado 4-Inconclusivo 5-Outro, especifique: _____ Positivo para outros vírus? __ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se outros vírus respiratórios, qual(is)? (marcar X) <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: _____				
	58	Laboratório que realizou RT-PCR: _____	Código (CNES): __ __ __ __ __ __			

Conclusão	59	Classificação final do caso: __ 1-SRAG por influenza 2-SRAG por outro vírus respiratório 3-SRAG por outro agente etiológico, qual _____ 4-SRAG não especificado	60	Critério de Encerramento: __ 1-Laboratorial 2-Vínculo-Epidemiológico 3-Clínico	
	61	Evolução do Caso: __ 1-Cura 2-Óbito 9-Ignorado	62	Data da alta ou óbito: ____ ____ ____	63

64	OBSERVAÇÕES:
----	--------------------------

65	Profissional de Saúde Responsável: _____	66	Registro Conselho/Matrícula: ____ ____ ____ ____ ____ ____
----	---	----	---