

## FICHA DE INVESTIGAÇÃO RÁPIDA DE CASO SUSPEITO DE INFLUENZA AVIÁRIA - H5N1

**Definição de Caso Suspeito:** pessoa classificada como **exposta** que apresentar pelo menos dois dos **sinais e sintomas** do campo 24 (abaixo).

### Informações da Unidade de Atendimento

1. Unidade de Atendimento	2. Código CNES  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	3. Data de preenchimento pela Unidade de Atendimento _/_/___
4. Data da notificação à UVIS _/_/___	5. Local da notificação ( ) e-SUS      ( ) SIVEP-Gripe	6. Número(s) da(s) notificação(ões) _____

### Dados do Paciente e de sua residência

7. Nome do paciente	8. CPF  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
9. Data de nascimento _/_/___	10. Nome da mãe	
11. Logradouro (Rua, Avenida, etc.)		
12. Número	13. Complemento (apto, casa, etc.)	14. Bairro
15. CEP	16. Município	17. UF
18. Telefone ( ) _____	19. Celular ( ) _____	20. Ocupação

### Dados clínicos/epidemiológicos

21. Data de início dos sintomas _/_/___	22. Recebeu vacina influenza em 2023? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	23. Cartão SUS  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
--	--	--

### 24. Sinais e sintomas

- |   |                          |     |                          |     |
|---|--------------------------|-----|--------------------------|-----|
| Febre (temperatura > 38°C) ou histórico de febre                            | <input type="checkbox"/> | SIM | <input type="checkbox"/> | NÃO |
| Tosse   | <input type="checkbox"/> | SIM | <input type="checkbox"/> | NÃO |
| Dor de garganta   | <input type="checkbox"/> | SIM | <input type="checkbox"/> | NÃO |
| Mialgia   | <input type="checkbox"/> | SIM | <input type="checkbox"/> | NÃO |
| Dificuldade para respirar (falta de ar/ dispneia/ desconforto respiratório) | <input type="checkbox"/> | SIM | <input type="checkbox"/> | NÃO |
| Rinorreia/ coriza   | <input type="checkbox"/> | SIM | <input type="checkbox"/> | NÃO |
| Cefaleia  | <input type="checkbox"/> | SIM | <input type="checkbox"/> | NÃO |
| Diarreia (com início nos últimos 10 dias)                                   | <input type="checkbox"/> | SIM | <input type="checkbox"/> | NÃO |
| Fadiga  | <input type="checkbox"/> | SIM | <input type="checkbox"/> | NÃO |
| Saturação O2 < 95%  | <input type="checkbox"/> | SIM | <input type="checkbox"/> | NÃO |

Outros sintomas:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**25. Comorbidades/ Fatores de risco**

Gestante  SIM  NÃO

Puérpera (até 45 dias do parto)  SIM  NÃO

Diabetes *mellitus*  SIM  NÃO

Doença Cardiovascular crônica  SIM  NÃO

Asma  SIM  NÃO

Tabagismo  SIM  NÃO

Imunodeficiência/ Imunossupressão  SIM  NÃO

Hipertensão Arterial  SIM  NÃO

Histórico covid-19 positivo  SIM  NÃO

Outros:

---



---



---



---



---

*Dados sobre exposição e deslocamentos***26. Informações sobre exposição (direta ou indireta nos 10 dias anteriores ao início dos sintomas)**Data da Exposição 

- Trabalha ou tem contato direto com aves
- Contato próximo com uma pessoa que é um caso suspeito, provável ou confirmado de influenza H5N1
- Contato próximo com uma ave confirmada de infecção por influenza
- Exposição a aves com comportamento atípico ou seus restos mortais ou a ambientes contaminados por suas excretas
- Manipulação de amostras biológicas suspeitas de conter o vírus influenza não sazonal
- História de visita a mercados/ feiras com casos confirmados para influenza (seja para aves ou humanos)

**Logradouro**

<b>Número</b>	<b>Complemento</b>	<b>Bairro</b>
<b>CEP</b>	<b>Município</b>	<b>UF</b>

**27. Informações sobre deslocamentos**Histórico de viagem no último mês?  SIM  NÃO

Local: \_\_\_\_\_ Data de ida: \_\_/\_\_/\_\_ Data de retorno: \_\_/\_\_/\_\_

Local: \_\_\_\_\_ Data de ida: \_\_/\_\_/\_\_ Data de retorno: \_\_/\_\_/\_\_

Local: \_\_\_\_\_ Data de ida: \_\_/\_\_/\_\_ Data de retorno: \_\_/\_\_/\_\_

*Dados sobre monitoramento e desfecho do caso***28. Monitoramento de contatos**

Nome: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_ Sintomático  SIM  NÃO

**29. Internação recente do caso**  SIM  NÃO

Data: \_\_/\_\_/\_\_ Local: \_\_\_\_\_ Desfecho (1 - alta/ 2- óbito): \_\_\_\_\_ Data: \_\_/\_\_/\_\_

Estado clínico atual: \_\_\_\_\_

**30. Houve coleta de exames para covid e/ou influenza?**  SIM  NÃO Se sim, qual: \_\_\_\_\_**31. Responsável pelo preenchimento**

Nome: \_\_\_\_\_ Função: \_\_\_\_\_

Tefefone: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_