

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

Número	Complemento	Bairro
CEP	Município	UF

27. Informações sobre deslocamentosHistórico 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

Nome: _____ Telefone: _____ Sintomático SIM NÃO

Nome: _____ Telefone: _____ Sintomático SIM NÃO

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: _____