

FICHA DE INVESTIGAÇÃO RÁPIDA DE PESSOA EXPOSTA A AVE SUSPEITA OU CONFIRMADA PARA INFLUENZA AVIÁRIA (IA) - H5N1

Definição de exposto: pessoa com histórico de exposição recente (até 10 dias contados a partir da última exposição) ao vírus da influenza aviária por meio de:

- **Exposição direta a aves e/ou outros animais classificados como prováveis ou confirmados para IA**, sem utilizar a devida proteção com os EPIs recomendados. Ex. manipulação de aves vivas ou mortas, coleta de amostra biológica animal, abate, manipulação de penas e depenagem, remoção de carcaças, entre outros;

OU

- **Exposição direta a fômites, secreções ou dejetos de aves e/ou outros animais classificados como prováveis ou confirmados para IA**, sem utilizar adequadamente os EPIs recomendados. Ex. contato direto com ninhos, ovos, excretas, água contaminada com restos ou dejetos, entre outros;

OU

- **Exposição próxima (menos de 2 metros) e prolongada (mais de 15 minutos) a aves e/ou outros animais classificados como prováveis ou confirmados para IA**, sem tocar no animal e sem utilizar adequadamente os EPIs recomendados. Ex. transportar o animal, estar no mesmo ambiente (fechado) que o animal, visitar feiras ou locais com animais, entre outros;

OU

- **Exposição laboratorial às amostras suspeitas, prováveis ou confirmadas para IA (sejam de animais ou de humanos)**, por acidente ou por não utilizar adequadamente os EPIs recomendados.



Informações sobre a localização da ave

Endereço de localização da ave (logradouro: rua, avenida, etc)		Número	Complemento
Bairro	CEP	Município	UF
Data de localização da ave: _/_/___		Nº Ocorrência MAPA _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	

Informações sobre pessoas expostas

Nome	
Endereço	
Telefone () _____	Celular () _____
Data da última exposição _/_/___	Tipo de exposição Direta a aves <input type="checkbox"/> Direta a fômites <input type="checkbox"/> Próximo e/ou prolongado <input type="checkbox"/> Laboratorial <input type="checkbox"/> Nega exposição <input type="checkbox"/>
Sintomas gripais? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
Se SIM descreva os sintomas: _____	

Nome	
Endereço	
Telefone () _____	Celular () _____
Data da última exposição _/_/___	Tipo de exposição Direta a aves <input type="checkbox"/> Direta a fômites <input type="checkbox"/> Próximo e/ou prolongado <input type="checkbox"/> Laboratorial <input type="checkbox"/> Nega exposição <input type="checkbox"/>
Sintomas gripais? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
Se SIM descreva os sintomas: _____	

Nome	
Endereço	
Telefone () _____	Celular () _____
Data da última exposição __/__/__	Tipo de exposição Direta a aves <input type="checkbox"/> Direta a fômites <input type="checkbox"/> Próximo e/ou prolongado <input type="checkbox"/> Laboratorial <input type="checkbox"/> Nega exposição <input type="checkbox"/>

SIM NÃO

Se **SIM** descreva os sintomas:

Nome	
Endereço	
Telefone () _____	Celular () _____
Data da última exposição __/__/__	Tipo de exposição Direta a aves <input type="checkbox"/> Direta a fômites <input type="checkbox"/> Próximo e/ou prolongado <input type="checkbox"/> Laboratorial <input type="checkbox"/> Nega exposição <input type="checkbox"/>

Sintomas gripais? SIM NÃO

Se **SIM** descreva os sintomas:

Nome	
Endereço	
Telefone () _____	Celular () _____
Data da última exposição __/__/__	Tipo de exposição Direta a aves <input type="checkbox"/> Direta a fômites <input type="checkbox"/> Próximo e/ou prolongado <input type="checkbox"/> Laboratorial <input type="checkbox"/> Nega exposição <input type="checkbox"/>

Sintomas gripais? SIM NÃO

Se **SIM** descreva os sintomas:

Orientações: monitorar a ocorrência de sintomas gripais por 10 dias a partir da data da última exposição.

Recomenda-se que pessoas expostas adotem medidas de prevenção e controle, tais como, uso de máscaras, etiqueta respiratória e higiene adequada das mãos; além de evitar contato com pessoas vulneráveis, como crianças e pacientes imunossuprimidos. **Caso uma pessoa exposta desenvolva sinais e sintomas, ela é classificada como caso suspeito.**

31. Responsável pelo preenchimento

Nome: _____ Função: _____

Tefefone: _____ E-mail: _____

Data da investigação: __/__/__