



VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DA GRIPE

Todos os campos devem ser preenchidos.

1. Identificação do médico

1. N.º mecanográfico _____
2. Unidade de Saúde _____
3. Serviço _____

2. Identificação do doente

1. Processo Clínico: _____
2. Iniciais do nome do doente _____
3. Data de Nascimento _ _ / _ _ / _ _ _ _
4. Idade (anos/ meses, se <2 anos): _____ 4.1. Desconhecida <input type="checkbox"/>
5. Sexo: Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/>
6. Local de residência ou contato _____

3. Quadro clínico da doença

1. Data de início de sintomas _ _ / _ _ / _ _ _ _	1.1 Início súbito sintomas..... <input type="checkbox"/>
2. Febre $\geq 38^{\circ}\text{C}$ (confirmada) <input type="checkbox"/>	3. Tosse <input type="checkbox"/>
4. Cefaleias <input type="checkbox"/>	5. Odinofagia <input type="checkbox"/>
6. Mialgias/Artralgias <input type="checkbox"/>	7. Rinorreia <input type="checkbox"/>
8. Calafrios..... <input type="checkbox"/>	9. Vômitos <input type="checkbox"/>
10. Diarreia <input type="checkbox"/>	11. Pneumonia ou Doença respiratória aguda grave..... <input type="checkbox"/>

4. Vacina antigripe e terapêutica antivírica

1. Vacina <input type="checkbox"/>	1.1. Data da vacina: _ _ / _ _ / _ _ _ _
2. Foi prescrito antiviral <input type="checkbox"/>	2.1. Se sim, Qual? Zanamivir <input type="checkbox"/> Oseltamivir..... <input type="checkbox"/>

5. Requisição de exames laboratoriais

1. Pesquisa do vírus da gripe <input type="checkbox"/>
--

5.1. Critério para investigação laboratorial

1. Doente internado com síndrome gripal..... <input type="checkbox"/>	6. Suspeita de resistência do vírus aos antivirais..... <input type="checkbox"/>
2. Doente em UCI <input type="checkbox"/>	7. Investigação de <i>cluster</i> (dois primeiros casos) <input type="checkbox"/> 7.1 <i>Cluster</i> familiar <input type="checkbox"/>
3. Doente internado com pneumonia <input type="checkbox"/>	8. Escola/Instituição? _____ <input type="checkbox"/>
4. Grávida (Trimestre? _____) <input type="checkbox"/>	9. Profissional de saúde doente, em contacto direto com doentes (SSHT) <input type="checkbox"/>
5. Criança ≤ 12 meses <input type="checkbox"/>	





REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA
GOVERNO REGIONAL
SECRETARIA REGIONAL DA SAÚDE
INSTITUTO DE ADMINISTRAÇÃO DA SAÚDE E ASSUNTOS SOCIAIS, IP-RAM

6. Fatores de risco

1. Gravidez	<input type="checkbox"/>	10. Doença crónica:	
2. Idade \leq 5 anos	<input type="checkbox"/>	10.1. Hepática.....	<input type="checkbox"/>
3. Idade \geq 65 anos	<input type="checkbox"/>	10.2. Renal.....	<input type="checkbox"/>
4. Imunodepressão.....	<input type="checkbox"/>	10.3. Cardiovascular.....	<input type="checkbox"/>
5. Obesidade (IMC \geq 30)	<input type="checkbox"/>	10.4. Pulmonar.....	<input type="checkbox"/>
6. Puerpério.....	<input type="checkbox"/>	10.5. Oncológica.....	<input type="checkbox"/>
7. Transplantação	<input type="checkbox"/>	10.6. Neurológica.....	<input type="checkbox"/>
8. Terapêutica com salicilatos	<input type="checkbox"/>	10.7. Hematológica.....	<input type="checkbox"/>
9. Doenças genéticas	<input type="checkbox"/>	10.8. Metabólica.....	<input type="checkbox"/>

7. Seguimento

1. Caso em Vigilância Domiciliária			<input type="checkbox"/>
2. Caso continua em Investigação.....			<input type="checkbox"/>
3. Caso admitido em Internamento Hospitalar.....			<input type="checkbox"/>
4. Caso com Alta Hospitalar.....	<input type="checkbox"/>	4.1. Em ____/____/____ (DD/MM/AA)	
5. Caso com Alta do Centro de Saúde.....	<input type="checkbox"/>	5.1. Em ____/____/____ (DD/MM/AA)	

