

Dados de Atendimento	42	Usou antiviral para gripe? _ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	43	Qual antiviral? _ 1-Osetamivir 2-Zanamivir 3-Outro, especifique: _____	44	Data início do tratamento: _ _ _ _ _ _ _ _
	45	Houve internação? _ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	46	Data da internação por SRAG: _ _ _ _ _ _ _ _	47	UF de internação: _ _
	48	Município de internação: _____	Código (IBGE): _ _ _ _ _ _ _ _			
	49	Unidade de Saúde de internação: _____	Código (CNES): _ _ _ _ _ _ _ _			
	50	Internado em UTI? _ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	51	Data da entrada na UTI: _ _ _ _ _ _ _ _	52	Data da saída da UTI: _ _ _ _ _ _ _ _
	53	Uso de suporte ventilatório: _ 1-Sim, invasivo 2-Sim, não invasivo 3-Não 9-Ignorado	54	Raio X de Tórax: _ 1-Normal 2-Infiltrado intersticial 3-Consolidação 4-Misto 5-Outro: _____ 6-Não realizado 9-Ignorado	55	Data do Raio X: _ _ _ _ _ _ _ _
	56	Aspecto Tomografia _ 1-Típico covid-19 2- Indeterminado covid-19 3- Atípico covid-19 4-Negativo para Pneumonia 5-Outro 6-Não realizado 9-Ignorado	57	Data da tomografia: _ _ _ _ _ _ _ _		
	58	Coletou amostra _ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	59	Data da coleta: _ _ _ _ _ _ _ _	60	Tipo de amostra: _ 1-Secreção de Naso-orofaringe 2-Lavado Bronco-alveolar 3-Tecido <i>post-mortem</i> 4-Outra, qual? _____ 5-LCR 9-Ignorado
Dados Laboratoriais	61	Nº Requisição do GAL: _____	62	Tipo do teste para pesquisa de antígenos virais: _ 1- Imunofluorescência (IF) 2- Teste rápido antigênico		
	63	Data do resultado da pesquisa de antígenos: _ _ _ _ _ _ _ _	64	Resultado da Teste antigênico: _ 1-positivo 2-Negativo 3- Inconclusivo 4-Não realizado 5-Aguardando resultado 9-Ignorado		
	65	Laboratório que realizou o Teste antigênico: _____	Código (CNES): _ _ _ _ _ _ _ _			
	66	Agente Etiológico - Teste antigênico: 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) _ SARS-CoV-2 _ Vírus Sincicial Respiratório _ Parainfluenza 1 _ Parainfluenza 2 _ Parainfluenza 3 _ Adenovírus _ Outro vírus respiratório, especifique: _____				
	67	Resultado da RT- PCR/outro método por Biologia Molecular: _ 1-Detectável 2-Não Detectável 3-Inconclusivo 4-Não realizado 5-Aguardando resultado 9-Ignorado	68	Data do resultado RT-PCR/outro método por Biologia Molecular: _ _ _ _ _ _ _ _		
	69	Agente Etiológico - RT-PCR/outro método por Biologia Molecular: 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-Victoria 2-Yamagatha 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) _ SARS-CoV-2 _ Vírus Sincicial Respiratório _ Parainfluenza 1 _ Parainfluenza 2 _ Parainfluenza 3 _ Parainfluenza 4 _ Adenovírus _ Metapneumovírus _ Bocavírus _ Rinovírus _ Outro vírus respiratório, especifique: _____				
	70	Laboratório que realizou RT-PCR/outro método por Biologia Molecular: _____	Código (CNES): _ _ _ _ _ _ _ _			
	71	Tipo de amostra sorológica para SARS-Cov-2: _ 1- Sangue/plasma/soro 2-Outra, qual? _____ 9-Ignorado	72	Data da coleta: _ _ _ _ _ _ _ _		
73	Tipo de Sorologia para SARS-Cov-2: _ 1-Teste rápido 2-Elisa 3- Quimiluminescência 4- Outro, qual? _____ Resultado do Teste Sorológico para SARS-CoV-2: _ IgG _ IgM _ IgA 1-Positivo 2-Negativo 3- Inconclusivo 4-Não realizado 5-Aguarda resultado 9-Ignorado	74	Data do resultado: _ _ _ _ _ _ _ _			
Conclusão	75	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 5-SRAG por covid-19	76	Critério de Encerramento: _ 1- Laboratorial 2- Clínico Epidemiológico 3- Clínico 4- Clínico-Imagem		
	77	Evolução do Caso: _ 1- Cura 2-Óbito 3-Óbito por outras Causas 9-Ignorado	78	Data da alta ou óbito: _ _ _ _ _ _ _ _	79	Data do Encerramento: _ _ _ _ _ _ _ _
	80	Número D.O: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ - _ _				
81	OBSERVAÇÕES:					
82	Profissional de Saúde Responsável: _____			83	Registro Conselho/Matrícula: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	