

GLOBAL INFLUENZA PROGRAMME

Formulário da OPAS/OMS para o resumo de caso de influenza humana pelo vírus da Influenza A (H1N1)

O objetivo deste formulário é obter informações importantes para determinar a seriedade e as características clínicas dos casos afetados pelo vírus da Influenza A (H1N1).

Favor completar o formulário e enviá-lo por e-mail para influenza@who.int ou por fax no número: **+41 (22) 7914878**.

Os países que utilizarem este formulário para sua própria coleta de dados podem anexar qualquer outra pergunta necessária para identificar o paciente e a pessoa que envia a informação, no intuito de dar seguimento ou vincular a informação conforme a necessidade.

• **1. Informações da pessoa que preenche o formulário (notificador)**

Nome completo do notificador		Data de envio à OMS (dd/mm/aaaa)	____/____/____
E-mail /Número de telefone		País:	

• **2. Informações sobre o caso**

Iniciais do nome		Documento de Identificação Nacional ou equivalente	
Data de nascimento, quando disponível (dd/mm/aaaa)	____/____/____	Idade (anos)	
Sexo	Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/>		

Informações geográficas

Cidade/Localidade		Região (2º nível administrativo)	
País		Estado (3º nível administrativo)	
Latitude (se disponível)		Longitude (se disponível)	



World Health
Organization

• **3. Classificação atual do diagnóstico**

(Por favor, assinale a opção correspondente)

Confirmado	Provável	Suspeito
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Teste de laboratório

- Data da primeira amostra positiva para influenza, se aplicável (dd/mm/aaaa) ____/____/____
- Nome do laboratório ao qual a amostra foi enviada _____

• **4. Sintomas**

- Data de início dos sintomas (diretamente relacionados com a doença) (dd/mm/aaaa) ____/____/____

Sintomas iniciais da doença	Sim	Não	NS*	Comentário
Febre $\geq 38^{\circ}\text{C}$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Histórico de febre (sem medição da temperatura)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dor de garganta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rinorréia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Espirros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tosse seca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tosse com catarro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dispnéia (sensação de falta de ar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Conjuntivite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Diarréia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Náusea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Vômitos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dor de cabeça	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Convulsões	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Alteração da consciência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dor muscular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dor articular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Epistaxe (sangramento nasal)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Outros (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

*NS = Não sabe/desconhece

• **5. Histórico e antecedentes de doenças**

- O paciente recebeu algumas das vacinas ou tratamentos seguintes antes do início da doença?

	Sim	Não	NS	Comentário
Vacinação com a vacina contra a influenza sazonal no último ano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Vacinação com a vacina contra a Influenza A (H1N1)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Vacinação com a vacina anti-pneumocócica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Profilaxia com antivirais nos 14 dias antes do começo da doença?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Amantadina <input type="checkbox"/> Rimantadina <input type="checkbox"/> Oseltamivir <input type="checkbox"/> Zanamivir <input type="checkbox"/> Outro (especificar) <input type="checkbox"/>

- O paciente possui alguns dos seguintes antecedentes clínicos?
Assinale a opção correspondente para cada um dos antecedentes:

	Sim	Não	NS
Câncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HIV/outra imunodeficiência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doença cardíaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doença convulsiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doença pulmonar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gravidez	<input type="checkbox"/> ____ mês de gestação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desnutrição	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outro ____ (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• **6. Exposição / Possível exposição**

- 6.1. Exposição (contato próximo, a uma distância de tocar/falar) nos 7 dias antes do início da doença; com uma pessoa que é um caso confirmado ou provável de Influenza A (H1N1).

Sim Não Não Sabe Se a resposta for "Não", ir diretamente para 6.2 (se a resposta for "Sim" preencher as informações do contato)

Se a resposta for “Sim”:

	Sim	Não	NS	
Exposição única	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>Escrever a data provável da exposição ____ / ____ / ____ (dd/mm/aaaa)</p> <p>E a pessoa a qual ficou exposto (identificador único) _____</p> <p>____ / ____ / ____ até ____ / ____ / ____</p>
Exposições múltiplas (exposição a múltiplos casos prováveis ou confirmados não relacionados entre si)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>Escrever as datas prováveis da exposição ____ / ____ / ____ até ____ / ____ / ____ (dd/mm/aaaa)</p> <p>E a pessoa a qual ficou exposto (identificador único) _____</p> <p>____ / ____ / ____ até ____ / ____ / ____</p> <p>E a pessoa a qual ficou exposta (identificador único) _____</p> <p>____ / ____ / ____ até ____ / ____ / ____</p> <p>E a pessoa a qual ficou exposta (identificador único) _____</p> <p>____ / ____ / ____ até ____ / ____ / ____</p>
Exposição contínua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>Escrever as datas prováveis da exposição ____ / ____ / ____ até ____ / ____ / ____ (dd/mm/aaaa)</p> <p>E a pessoa a qual ficou exposta (identificador único) _____</p>

- a. Houve exposição no lar a um caso humano confirmado ou provável de Influenza A (H1N1)?
 Sim Não Não Sabe
- b. O paciente esteve atendendo ou cuidando de um paciente com Influenza A (H1N1)?
 Sim Não Não Sabe

- 6.2 O paciente é trabalhador de algum centro de saúde ou de atenção à saúde?

Por favor, assinale a opção correspondente em caso afirmativo

	Sim	Não	NS
Trabalhador de saúde em contato direto com os pacientes (inclui médicos/as, enfermeiros/as, estudantes, voluntários, pessoal auxiliar, de serviço de alimentação, de limpeza, pessoal de ambulâncias e trabalhadores comunitários de saúde)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pessoal de laboratório em contato com o vírus de influenza e/ou outras amostras respiratórias.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 6.3 Houve alguma viagem fora do local de residência nos 7 dias anteriores ao início dos sintomas?

Sim Não Não Sabe Se a resposta for "Sim", por favor, especifique abaixo:

País _____	Cidade/ Estado _____
Datas _____	
País _____	Cidade/ Estado _____
Datas _____	

Questionário de Acompanhamento

Este formulário deve ser completado após o falecimento do paciente, ou pelo menos 14 dias após o início dos sintomas. Os dados podem ser obtidos através de entrevistas ou dos registros hospitalares.

Identificação do paciente : _____

Data de acompanhamento / /

- 7. Classificação final do diagnóstico**

Por favor assinalar a opção correspondente

Confirmado	Provável	Suspeito	Descartado	Sem acompanhamento
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• **8. Resultado**

Óbito	Recuperação	Hospitalizado	Convalescente	Sem acompanhamento
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• **9. Datas da doença (dd/mm/aaaa)**

Data da primeira consulta no centro de atenção à saúde	_ / _ / _	Data de início da hospitalização, se procede	_ / _ / _
Data do óbito	_ / _ / _	Data da alta hospitalar, se procede	_ / _ / _
Data de resolução dos sintomas	_ / _ / _		

DRAFT

• **10. Acompanhamento dos sintomas**

- Sintomas apresentados em algum momento durante a evolução da doença

	Sim	Não	NS	Comentário
Febre $\geq 38^{\circ}\text{C}$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Duração da febre (em dias)				
Histórico da febre (sem medição da temperatura)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dor de garganta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rinorréia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Espirros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tosse seca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tosse com catarro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dispnéia (sensação de falta de ar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Conjuntivite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Diarréia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Náusea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Vômitos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dor de cabeça	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Convulsões	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Alteração da consciência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dor muscular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dor articular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Outros (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

• **11. Radiografia de tórax**

- Foi realizada radiografia de tórax? Sim Não Não Sabe

Se a resposta for “Não” ou “Não sabe” ir diretamente ao ponto 12

- A radiografia de tórax mostrava sinais de pneumonia? Sim Não Não Sabe

Data da primeira radiografia de tórax com sinais de pneumonia (dd/mm/aaaa) ____/____/____

• **12. Tratamento proporcionado**

- O caso recebeu tratamento antiviral? Sim Não Não sabe
Se a resposta for afirmativa, qual foi o medicamento?

Tratamento	Data de início (dd/mm/aaaa)	Duração (dias)
Oseltamivir	___/___/___	___
Zanamivir	___/___/___	___
Amantadina		
Rimantadina	___/___/___	___

- Houve algum evento adverso relacionado com os antivirais? Sim Não

Em caso afirmativo

	Moderado <input type="checkbox"/>	Grave <input type="checkbox"/>	Ameaça vital <input type="checkbox"/>	Especificar o tipo de evento adverso

- O paciente precisou de ventilação mecânica? Sim Não Não sabe
- O paciente recebeu antibióticos? Sim Não Não Sabe
- Data de início ___/___/___ Duração (dias) _____

• **13. Foram observadas complicações durante o curso da doença?**

Sim Não Não Sabe

Em caso afirmativo, quais? _____

• **14. Outras observações / comentários**

Identificação do paciente: _____

Este formulário deve ser completado na maior brevidade possível.

Diagnóstico de laboratório de vírus de influenza pandêmica

- A amostra foi positiva para influenza pandêmica no laboratório nacional? Sim Não

Nome do laboratório nacional:			
Resultado:			
Tipo de teste			
PCR (2 alvos diferentes – (targets) – para PCR) <input type="checkbox"/>	Cultura (isolamento do vírus) <input type="checkbox"/>	Sorologia (aumento x4) <input type="checkbox"/>	Outras <input type="checkbox"/> (especificar):
Tipo de amostra:			
Respiratória <input type="checkbox"/>	Soro/plasma <input type="checkbox"/>	Outras <input type="checkbox"/> (especificar):	

- A amostra foi enviada para um laboratório de referência da OMS? Sim Não
- A amostra foi positiva para a Nova Influenza A (H1N1) pandêmica no Laboratório de Referência da OMS? Sim Não

Nome do Laboratório de Referência da OMS:			
Resultado:			
Tipo de amostra:			
PCR (2 alvos diferentes (targets) para PCR) <input type="checkbox"/>	Cultura (isolamento do vírus) <input type="checkbox"/>	Sorologia (aumento x4) <input type="checkbox"/>	Outras <input type="checkbox"/> (especificar):
Tipo de amostra			
Respiratória <input type="checkbox"/>	Soro/plasma <input type="checkbox"/>	Outras <input type="checkbox"/> (especificar):	

Lista de contatos:

<u>ID</u>	<u>Iniciais do Nome</u>	<u>Idade</u>	<u>Sexo</u>	<u>Data do último contato</u>

GLOBAL INFLUENZA PROGRAMME

ANEXO 1 Formulário de coleta da amostra

Formulário de coleta da amostra (casos humanos)					
Nome da pessoa que recolhe a(s) amostra(s)			Dados de contato da pessoa que recolhe a amostra (número de telefone e e-mail)		
Data de nascimento do paciente (dd/mm/aaaa)	Nome do paciente		Sobrenome do paciente		
Sexo do paciente M F	Nacionalidade		Ocupação		
Número do hospital/clínica do paciente					
Endereço do paciente (se estiver disponível – ou outro endereço de contato oportuno): Número ou nome da casa:..... Nome da Rua.....Localidade					
Distrito: Código Postal: País:					
Lugar onde foram recolhidas as amostras (fazer um círculo na opção que se aplica)					
Hospital	SIM	NÃO	Clínica	SIM	NÃO
Lar/Domicílio	SIM	NÃO	Outro (especificar)	SIM	NÃO
Endereço (se diferente do especificado anteriormente):					

Número de identificação da amostra	Tipo de amostra	Data da tomada	Diagnóstico clínico	Saúde do paciente no momento da tomada de amostra	Comentários