

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

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 ☐

5. Sexo: Masculino ☐ Feminino ☐

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. Vómitos <input type="checkbox"/>
10. Diarreia <input type="checkbox"/>	11. Pneumonia ou Doença respiratória aguda grave..... <input type="checkbox"/>

4. Vacina antigripe e terapêutica antiviral

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 ☐

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"/>	9. Doença crónica:	
2. Idade \leq 5 anos	<input type="checkbox"/>	9.1. Hepática	<input type="checkbox"/>
3. Idade \geq 65 anos	<input type="checkbox"/>	9.2. Renal	<input type="checkbox"/>
4. Imunodepressão	<input type="checkbox"/>	9.3. Cardiovascular	<input type="checkbox"/>
5. Obesidade (IMC \geq 30)	<input type="checkbox"/>	9.4. Pulmonar	<input type="checkbox"/>
6. Puerpério	<input type="checkbox"/>	9.5. Oncológica	<input type="checkbox"/>
7. Transplantação	<input type="checkbox"/>	9.6. Neurológica	<input type="checkbox"/>
8. Terapêutica com salicilatos	<input type="checkbox"/>	9.7. Hematológica	<input type="checkbox"/>
		9.8. 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)