



República de Moçambique
Ministério da Saúde

Ficha de Investigação de Caso Suspeito de Gripe A

Síndrome Gripal – Doença Leve: Um indivíduo com início recente de uma doença semelhante à influenza, que pode incluir febre $\geq 38^{\circ}$ C, COM UM OU MAIS, dos seguintes sintomas respiratórios agudos (dor de garganta, rinorreia / congestão nasal, tosse ou outros sinais do conjunto do complexo respiratório), mialgia e diarreia.

Síndrome Gripal – doença moderada a grave: pessoas com 2 dias a <3 meses de idade: qualquer criança com o diagnóstico de sépsia, com suspeita ou com diagnóstico médico de infecção do tracto respiratório inferior, independentemente dos sinais e sintomas. Pacientes que se apresentam dentro de 7 dias do início da doença; **≥ 3 meses < 5 anos e idade:** qualquer criança ≥ 3 meses à < 5 anos de idade, com diagnóstico médico de infecção respiratória aguda baixa (IRA), incluindo bronquiolite, pneumonia, bronquite e derrame pleural. Pacientes que se apresentam dentro de 7 dias do início da doença; **≥ 5 anos de idade:** qualquer pessoa que se apresenta com: aparecimento súbito de febre ($>38^{\circ}$ C) e tosse ou dores de garganta e falta de ar, ou dificuldade respiratória, ou sem resultados clínicos e radiográficos de pneumonia. Pacientes que se apresentam dentro de 7 dias do início da doença.

I. Identificação do paciente:

1. Nome da Unidade Sanitária ou ponto de entrada _____ 2. Data ____/____/____
3. Nome do doente _____
4. Data de nascimento ____/____/____; 5. Sexo ____ (M-Masculino/F-Feminino); 6. Idade: _____
7. Profissão _____

II. Dados Epidemiológicos:

- 8a. Endereço do paciente em Moçambique: Cidade _____ Bairro _____
Rua, Nº da casa _____
Telefone: Fixo _____; Celular _____

Assinale com X em caso afirmativo

- 8b. Viagem ao exterior nos últimos 10 dias Sim ____ Não ____
8c. Contacto com um caso suspeito de Gripe A H1N1 Sim ____ Não ____
8d. Contacto com caso confirmado de Gripe A H1N1 Sim ____ Não ____
8e. Possíveis contactos do paciente após o início dos sintomas (descrever):

III. Dados Clínicos:

9. Data de início dos sintomas (dia/mês/ano) : ____ / ____ / ____
10. Data em que é visto pelos serviços de saúde: ____ / ____ / ____
11. O caso necessitou de hospitalização? Sim ____ Não ____ (assinale com “x”);
12. O caso foi isolado? Sim ____ Não ____
12. a. Se sim, onde? Unidade de Saúde _____ Domicílio _____ (assinale com “x”)
13a. O caso sofreu alguma complicação? Sim ____ Não ____ (assinale com “x”);
13b. Se sim, quais? _____

14. Sintomatologia do paciente: (assinale com “x”)

Febre $\geq 38\text{ }^{\circ}\text{C}$ ____; Cefaleia ____; Conjuntivite ____; História de febre (temperatura não medida) ____; Tosse ____;
Dispneia ____; Mialgias ____; Fadiga ____; Perda de apetite ____; Vômitos ____; Corrimento nasal ____;
Diarreia ____; Inflamação da garganta ____; Dores articulares ____; Outros sintomas _____

15. O paciente é portador das seguintes condições? (assinale com “x”)

Tosse crónica ____; Asma ____; Doença cardíaca ____; Doença renal ____; Diabete ____;
Cancro ____; TB ____; Gravidez (meses) ____; HIV/AIDS ____;
Imunodeficiente (medicamentosa) ____; Outra _____

16. Classificação do caso: Síndrome Gripal – Doença Leve ____ ;
Síndrome Gripal – doença moderada a grave ____;

IV. Tratamento: (assinale com “x”)

17a. Tamiflu: Sim ____ Não ____ Não sabe ____;

17b. Relenza ? Sim ____ Não ____ Não sabe ____; (assinale com “x”)

V. Colheita da amostra:

18.a Foi feita a colheita da amostra: Sim ____ Não ____

Se sim :

18b. Data da colheita (dia/mês/ano): ____ / ____ / ____ ; **18c.** Data de envio ao laboratório: ____ / ____ / ____;

19. Natureza da amostra: **19.a.** Zaragatoa orofaríngea ____; **19.b.** Zaragatoa nasal ____;

VI. Laboratório de referência:

20. Data de recepção da amostra (dia/mês/ano): ____ / ____ / ____;

21. Qualidade da amostra (assinale com “x”): **a.** Boa: ____; **b.** Razoável ____; **c.** Imprópria ____;

22. Conservação da amostra (assinale com “x”): **a.** Gelo ____; **b.** Acumuladores de frio ____;

c. Outro (especificar) _____.

23. Transporte: _____; **24. Código da amostra** _____.

25. Data do envio da amostra para a confirmação do resultado (Dia/Mês/Ano): ____ / ____ / ____.

VI. Conclusão:

26. Evolução: Cura ____ Óbito ____ Não sabe ____

Data da cura/óbito ____ / ____ / ____; Se óbito, realizou autópsia Sim ____ Não ____ Não sabe ____

Nome do clínico: _____; **Local de trabalho:** _____

Contacto: _____ **Data:** ____ / ____ / ____

Nome do técnico de laboratório: _____

Contacto: _____; **Data (data/mês/ano):** ____ / ____ / ____