

Etapa de Mitigação
Diagnóstico, vigilância e tratamento

Actualizado em 24-11-2009*

Informação a enviar ao laboratório

Este formulário deve acompanhar o envio dos produtos biológicos ao laboratório.

É obrigatório o preenchimento completo de todos os campos constantes neste formulário. A ausência desta informação poderá levar à não realização do diagnóstico laboratorial.

Data da colheita ___/___/___

1. Identificação do médico

Nome do médico	_____
Unidade de Saúde	_____
Serviço	_____
Telemóvel	_____
Telefone	_____
Fax:	_____
e-mail	_____

2.. Identificação do doente

Nome do doente	_____
Telemóvel	_____
Nascimento	___/___/_____
Idade (anos/ meses, se <2 anos):	_____
Desconhecido	<input type="checkbox"/>
Sexo:	Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/>
Local residência	_____

3. Quadro clínico da doença

Início de sintomas ___/___/___	Início súbito sintomas	<input type="checkbox"/>	
Febre \geq 38°C (confirmada)	<input type="checkbox"/>	Tosse	<input type="checkbox"/>
Cefaleias	<input type="checkbox"/>	Odinofagia	<input type="checkbox"/>
Mialgias	<input type="checkbox"/>	Rinorreia	<input type="checkbox"/>
Artralgias	<input type="checkbox"/>	Vómitos	<input type="checkbox"/>
Diarreia	<input type="checkbox"/>	Pneumonia	<input type="checkbox"/>

4. Critério para investigação laboratorial (Gripe OT-2)

Doente internado com síndrome gripal	<input type="checkbox"/>
Doente em UCI	<input type="checkbox"/>
Doente internado com pneumonia	<input type="checkbox"/>
Grávida (Trimestre? _____)	<input type="checkbox"/>
Criança \leq 12 meses	<input type="checkbox"/>
Suspeita de resistência do vírus aos antivirais	<input type="checkbox"/>
Investigação de <i>cluster</i> (dois primeiros casos)	<input type="checkbox"/>
Qual a Escola/Instituição?	_____
Profissional de saúde doentes, com contacto directo com doentes (Saúde Ocupacional)	<input type="checkbox"/>

5. Vacina antigripal sazonal e pandémica e terapêutica antiviral

Vacina sazonal	<input type="checkbox"/>	data: ___/___/___	
Vacina pandémica (H1N1) 2009	<input type="checkbox"/>	data: ___/___/___	Nº doses _____
Tomou antivirais nos últimos 14 dias	<input type="checkbox"/>	Qual?	_____
Foi prescrito antiviral	<input type="checkbox"/>	Qual?	_____

6. Requisição de exames laboratoriais

Exames requisitados	Produtos enviados
Pesquisa do vírus da gripe A(H1N1)v <input type="checkbox"/>	Exsudado da nasofaringe <input type="checkbox"/>
Pesquisa dos vírus da gripe sazonal <input type="checkbox"/>	Exsudado da orofaringe <input type="checkbox"/>
	Exsudado nasal <input type="checkbox"/>
	Aspirado da nasofaringe <input type="checkbox"/>
	Aspirado endotraqueal <input type="checkbox"/>
	Lavado brônquico <input type="checkbox"/>
	Lavado broncoalveolar <input type="checkbox"/>

As amostras devem ser colhidas conforme as orientações do documento Gripe OT-4 e enviadas, acompanhadas deste formulário, para o respectivo laboratório.

*Documento sujeito a actualização