

Etapa de Mitigação
 Diagnóstico, vigilância e tratamento

Actualizado em 21-09-2009*

Declaração de caso de gripe

A preencher pelo médico que faz o diagnóstico, de acordo com o definido no documento **Gripe OT-2**, para envio ao Delegado de Saúde da área de residência do doente, nas 24h após o diagnóstico.

Nome do Delegado de Saúde ACES	Nº de caso: (A preencher pelo Delegado de Saúde)
---	--

1. Informação sobre o médico

Nome do médico	Unidade de saúde.....
Telemóvel.....	Telefone Fax e-mail.....

2. Identificação e atendimento do doente

Nome do doente:	
Nascimento: ___/___/___	Idade (anos/ meses, se <2 anos):..... Desconhecida <input type="checkbox"/>
Sexo: Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/>	Distrito (residência).....
Morada	
CP _____	Telefone Telemóvel
Local de ocorrência: Distrito Concelho	
Primeiro contacto do doente: Saúde 24 <input type="checkbox"/> INEM <input type="checkbox"/> SAG <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Delegado de Saúde <input type="checkbox"/>	

3. Informação clínica

Início sintomas ___/___/___	Confirmação laboratorial <input type="checkbox"/>	Gravidade: Ligeira <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grave <input type="checkbox"/>
Doente: No domicílio <input type="checkbox"/> Internado <input type="checkbox"/> Internado UCI <input type="checkbox"/> Ventilado <input type="checkbox"/>	Oseltamivir <input type="checkbox"/> Zanamivir <input type="checkbox"/>	
Complicações: Pneumonia <input type="checkbox"/> Encefalite <input type="checkbox"/> Alteração do estado de consciência <input type="checkbox"/> Convulsões <input type="checkbox"/>		
Miocardite/ Pericardite <input type="checkbox"/> SDRA (síndrome de doença respiratória aguda) <input type="checkbox"/> Outra <input type="checkbox"/> Qual?.....		
Morte <input type="checkbox"/> , data:___/___/___, causa de morte:		

4. Factores de risco

		Grave e/ou descompensada?
Gravidez <input type="checkbox"/>	Imunodepressão com VIH <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Puerpério <input type="checkbox"/>	Outra imunodepressão (incluindo por fármacos) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Idade ≤ 5 anos <input type="checkbox"/>	Doença cardiovascular <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
de ≤ 1 ano <input type="checkbox"/>	Epilepsia <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neoplasia <input type="checkbox"/>	Outra doença neurológica <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes <input type="checkbox"/>	Doença pulmonar crónica <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insuficiência renal <input type="checkbox"/>	Doença hematológica <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doenças hepáticas <input type="checkbox"/>	Malnutrição <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outros		

5. História de quimioprofilaxia

Antivirais nos 14 dias antes do início sintomas?	Oseltamivir <input type="checkbox"/>	Zanamivir <input type="checkbox"/>	Outro,.....
De ___/___/___ até ___/___/___			

6. Contactos próximos do doente (critérios do documento Gripe OT -1)

Grávida <input type="checkbox"/>	Puérpera <input type="checkbox"/>	Criança ≤ 1 ano <input type="checkbox"/>	Profissional de saúde <input type="checkbox"/>	Imunodepressão <input type="checkbox"/>	Asma <input type="checkbox"/>
Obesidade <input type="checkbox"/>	Doença crónica grave e/ou descompensada <input type="checkbox"/>		Instituída quimioprofilaxia? <input type="checkbox"/>		
Nome do contacto.....					
Morada.....			Distrito residência		
Código postal		Telefone.....	Telemóvel.....		

Data de preenchimento pelo médico que fez o diagnóstico ___/___/___