

## FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE SG SUSPEITO DE DOENÇA PELO CORONAVÍRUS 2019 - COVID-19 (B34.2)

**Definição de caso:** Indivíduo com quadro respiratório agudo, caracterizado por pelo menos dois (2) dos seguintes sinais e sintomas: febre (mesmo que referida), calafrios, dor de garganta, dor de cabeça, tosse, coriza, distúrbios olfativos ou distúrbios gustativos.

Em crianças: além dos itens anteriores considera-se também obstrução nasal, na ausência de outro diagnóstico específico.

Em idosos: deve-se considerar também critérios específicos de agravamento como síncope, confusão mental, sonolência excessiva, irritabilidade e inapetência.

Observação: Na suspeita de COVID-19, a febre pode estar ausente e sintomas gastrointestinais (diarreia) podem estar presentes.

ID FAIRITION 6 % C													
IDENTIFICAÇÃO													
Município de Notificação	D:	UF de notificaçã		Data da Notificação:									
Tem CPF? (Marcar X)	Estrangeiro: (Marcar X)	Profissional de	saúde: (Marcar X)	Profissional de segurança: (Marcar X)									
Sim   Não	Sim   Não	Sim   N	lão	Sim   Não									
CPF:													
Ocupação (CBO):													
Nome Completo:													
Nome Completo da Mãe	:												
Data de nascimento:	_   País	de origem:											
Sexo: (Marcar X)	Raça/Cor:	Branca  _	_  Preta  _ Ar	narela   Parda   Ignorado									
Masculino   Fe	eminino (Marcar X)	Indígena Se	e indígena, informar e	tnia:									
É membro de povo ou co	munidade tradicional? (Marcar X)	Sim   N	Não <b>Se sim,</b>	qual?									
Estado de residência:  _	_   Município de Resid	ência:		CEP:									
Logradouro:		Nún	nero:	Bairro:									
Complemento:													
Telefone 1: Telefone 2:													
E-mail:													
ESTRATÉGIA E LOCAL DE REALIZAÇÃO DA TESTAGEM													
Estratégia: (Marcar X)     Diagnóstico assistencial (sintomático)     Busca ativa de assintomático     Triagem de população específica													
Se busca ativa de	Monitoramento de contato	s Se t	e triagem de    Trabalhadores de serviços essenciais ou estratégicos										
assintomático:	Investigação de surtos	рор	opulação    Profissionais de saúde										
(Marcar X)	Monitoramento de viajante	es com espe	<i>ecífica:</i>    G	estantes e puérperas									
	risco de VOC (quarentena)	(Mar	car X)    Po	vos e comunidades tradicionais									
	_  Outro:												
Local de realização	Serviço de saúde (UBS, hospital, UPA etc.)    Local de trabalho    Aeroporto												
da testagem:	Farmácia ou drogaria    Escola    Domicílio ou comunidade												
(Marcar X)	Outro:												
	242												
Cinton and L. L. Anni			PIDEMIOLÓGICOS										
· '	ntomático    Febre		Dor de Garganta	Dispneia    Tosse    Coriza									
1_1 501	de Cabeça    Distúrbios gu	stativos    L	Distúrbios olfativos	Outros									
Data do início dos sinton Condições: (Marcar X)	nas:		I I Doomoo	s cardíacas crônicas    Diabetes									
, ,	as crônicas descompensadas			a (até 45 dias do parto)    Gestante									
	nicas em estágio avançado (graus	2 1 0 5)		supressão    Obesidade									
	s cromossômicas ou estado de fr			l  Obesidade									
		•	aticamente pelo sistem										
Recebeu vacina Covid-19	)2 /Marcar		Data da vacinação	Laboratório produtor da vacina Lote da vacina									
X)	Se recebeu vacina	1ª dose											
Sim    Não	Covid-19, informa	2ª dose											
1_1-1-1_1-1-1													
		<b>EXAMES LABO</b>	DRATORIAIS										
Tipo de teste	Estado do teste		Data da coleta	Resultado									
RT-PCR	Solicitado   C	oletado		Não detectável   Detectável									
	Concluído   N	ão Solicitado		Inconclusivo ou Indeterminado									
RT-LAMP	Solicitado   C	oletado		Não detectável   Detectável									
	Concluído   Não		1 1										
Tanta asualésias Isa	Conclude	ao soneitaao		Inconclusivo ou Indeterminado									
Teste sorológico IgA	''	oletado		Inconclusivo ou Indeterminado   Não reagente    Reagente									
reste sorologico iga	_ Solicitado  _ C		ll										
Teste sorológico IgM	Solicitado	oletado		Não reagente    Reagente									
	Solicitado	oletado ão Solicitado		Não reagente    Reagente   Inconclusivo ou Indeterminado									
		oletado ão Solicitado oletado		Não reagente    Reagente   Inconclusivo ou Indeterminado   Não reagente    Reagente   Inconclusivo ou Indeterminado									
Teste sorológico IgM		oletado ão Solicitado oletado ão Solicitado		Não reagente    Reagente   Inconclusivo ou Indeterminado   Não reagente    Reagente									
Teste sorológico IgM		oletado ão Solicitado oletado ão Solicitado oletado		Não reagente   Reagente   Inconclusivo ou Indeterminado   Reagente   Reagente   Inconclusivo ou Indeterminado   Não reagente   Reagente   Reagente   Reagente   Reagente   Reagente   Reagente									
Teste sorológico IgM  Teste sorológico IgG	Solicitado	oletado ão Solicitado oletado ão Solicitado oletado ão Solicitado		Não reagente   Reagente   Inconclusivo ou Indeterminado   Reagente   Reagente   Inconclusivo ou Indeterminado   Reagente   Reagente   Reagente   Inconclusivo ou Indeterminado   Inconclusivo ou Indeterminado									
Teste sorológico IgM  Teste sorológico IgG  Teste sorológico —		oletado ão Solicitado oletado ão Solicitado oletado ão Solicitado oletado oletado		Não reagente   Reagente   Inconclusivo ou Indeterminado   Reagente   Reagen									
Teste sorológico IgM  Teste sorológico IgG  Teste sorológico — anticorpos totais  Teste rápido de		oletado ão Solicitado oletado ão Solicitado oletado ão Solicitado oletado ão Solicitado		Não reagente   Reagente   Inconclusivo ou Indeterminado   Reagente   Reagen									
Teste sorológico IgM  Teste sorológico IgG  Teste sorológico — anticorpos totais		oletado ão Solicitado		Não reagente   Reagente   Inconclusivo ou Indeterminado   Reagente									

EXAMES LABORATORIAIS														
Tipo de teste		do do teste	Data da coleta	Fabricante	L	Lote		Resultado   Não reagente    Reagente						
Teste rápido de	Solicitado	Concluído												
antígeno	Coletado	Não Solicitado				Inconclusivo ou Indeterminado								
ENCERRAMENTO ENCERRAMENTO														
Evolução do caso: (Marcar X)			Classificação final: (Marcar X)		L Confirmado Cl	L Confirmado Clínico Imagom		Data de encerramento:						
Cancelado   Em tratamento domiciliar   Cura   Internado   Internado em UTI			Descartado	línico-Epidemiológico		Confirmado Clínico-Imagem    Confirmado Por Critério Clínico								
Óbito			Confirmado Laboratorial			Síndrome Gripal Não Especificada								
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES E OBSERVAÇÕES														
•														
			_											
ID do soco Fonto	ID do contato	Nama samulata		ASTREAMENTO DE CON	Telefone 1	Telefone 2	Polo	-~	Data do último					
ID do caso Fonte (preenchido	ID do contato (preenchido	Nome completo	do contato	CPF do contato	releione 1	releione 2		<b>ção com o caso</b> niciliar; [2] Familiar	contato					
automaticamente pelo sistema)	automaticamente pelo sistema)						(exti	radomiciliar); [3]	1					
Sistemaj	sistemay							ral; [4] Escolar; [5] Social; [6] Outros.	I					
								_						
								II						
								II	 					
								11	 					
								II						
								II						
								II						
								11						
								ll						
								ll	<u></u>					
									<u> </u>					
								ll	<u> </u>					
									<u> </u>					
								_	<del> </del>					
									<del> </del>					
									<del> </del>					
									<del> </del>					
									<u> </u>					
								<u> _ </u>	<u> </u>					
									1					