



**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.

[illegible]

ESTRATÉGIA E LOCAL DE REALIZAÇÃO DA TESTAGEM			
<b>Estratégia:</b> <i>(Marcar X)</i>	<input type="checkbox"/> Diagnóstico assistencial (sintomático)	<input type="checkbox"/> Busca ativa de assintomático	<input type="checkbox"/> Triagem de população específica
<b>Se busca ativa de assintomático:</b> <i>(Marcar X)</i>	<input type="checkbox"/> Monitoramento de contatos	<b>Se triagem de população específica:</b> <i>(Marcar X)</i>	<input type="checkbox"/> Trabalhadores de serviços essenciais ou estratégicos
	<input type="checkbox"/> Investigação de surtos		<input type="checkbox"/> Profissionais de saúde
	<input type="checkbox"/> Monitoramento de viajantes com risco de VOC (quarentena)		<input type="checkbox"/> Gestantes e puérperas
	<input type="checkbox"/> Outro: _____		<input type="checkbox"/> Povos e comunidades tradicionais
			<input type="checkbox"/> Outro: _____
<b>Local de realização da testagem:</b> <i>(Marcar X)</i>	<input type="checkbox"/> Serviço de saúde (UBS, hospital, UPA etc.)	<input type="checkbox"/> Local de trabalho	<input type="checkbox"/> Aeroporto
	<input type="checkbox"/> Farmácia ou drogaria	<input type="checkbox"/> Escola	<input type="checkbox"/> Domicílio ou comunidade
	<input type="checkbox"/> Outro: _____		

DADOS CLÍNICOS EPIDEMIOLÓGICOS												
Sintomas:	<input type="checkbox"/>	Assintomático	<input type="checkbox"/>	Febre	<input type="checkbox"/>	Dor de Garganta	<input type="checkbox"/>	Dispneia	<input type="checkbox"/>	Tosse	<input type="checkbox"/>	Coriza
(Marcar X)	<input type="checkbox"/>	Dor de Cabeça	<input type="checkbox"/>	Distúrbios gustativos	<input type="checkbox"/>	Distúrbios olfativos	<input type="checkbox"/>	Outros				
Data do início dos sintomas: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>												
Condições: (Marcar X)					<input type="checkbox"/>	Doenças cardíacas crônicas			<input type="checkbox"/>	Diabetes		
<input type="checkbox"/>	Doenças respiratórias crônicas descompensadas				<input type="checkbox"/>	Puerpera (até 45 dias do parto)			<input type="checkbox"/>	Gestante		
<input type="checkbox"/>	Doenças renais crônicas em estágio avançado (graus 3, 4 e 5)				<input type="checkbox"/>	Imunossupressão			<input type="checkbox"/>	Obesidade		
<input type="checkbox"/>	Portador de doenças cromossômicas ou estado de fragilidade imunológica				<input type="checkbox"/>	Outros						
Campos preenchidos automaticamente pelo sistema.												
Recebeu vacina Covid-19? (Marcar X)		Se recebeu vacina Covid-19, informar:		Dose	Data da vacinação	Laboratório produtor da vacina			Lote da vacina			
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				1ª dose	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>							
				2ª dose	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>							

EXAMES LABORATORIAIS					
Tipo de teste	Estado do teste		Data da coleta	Resultado	
RT-PCR	<input type="checkbox"/> Solicitado	<input type="checkbox"/> Coletado	__/__/__	<input type="checkbox"/> Não detectável	<input type="checkbox"/> Detectável
	<input type="checkbox"/> Concluído	<input type="checkbox"/> Não Solicitado		<input type="checkbox"/> Inconclusivo ou Indeterminado	
RT-LAMP	<input type="checkbox"/> Solicitado	<input type="checkbox"/> Coletado	__/__/__	<input type="checkbox"/> Não detectável	<input type="checkbox"/> Detectável
	<input type="checkbox"/> Concluído	<input type="checkbox"/> Não Solicitado		<input type="checkbox"/> Inconclusivo ou Indeterminado	
Teste sorológico IgA	<input type="checkbox"/> Solicitado	<input type="checkbox"/> Coletado	__/__/__	<input type="checkbox"/> Não reagente	<input type="checkbox"/> Reagente
	<input type="checkbox"/> Concluído	<input type="checkbox"/> Não Solicitado		<input type="checkbox"/> Inconclusivo ou Indeterminado	
Teste sorológico IgM	<input type="checkbox"/> Solicitado	<input type="checkbox"/> Coletado	__/__/__	<input type="checkbox"/> Não reagente	<input type="checkbox"/> Reagente
	<input type="checkbox"/> Concluído	<input type="checkbox"/> Não Solicitado		<input type="checkbox"/> Inconclusivo ou Indeterminado	
Teste sorológico IgG	<input type="checkbox"/> Solicitado	<input type="checkbox"/> Coletado	__/__/__	<input type="checkbox"/> Não reagente	<input type="checkbox"/> Reagente
	<input type="checkbox"/> Concluído	<input type="checkbox"/> Não Solicitado		<input type="checkbox"/> Inconclusivo ou Indeterminado	
Teste sorológico – anticorpos totais	<input type="checkbox"/> Solicitado	<input type="checkbox"/> Coletado	__/__/__	<input type="checkbox"/> Não reagente	<input type="checkbox"/> Reagente
	<input type="checkbox"/> Concluído	<input type="checkbox"/> Não Solicitado		<input type="checkbox"/> Inconclusivo ou Indeterminado	
Teste rápido de anticorpo IgM	<input type="checkbox"/> Solicitado	<input type="checkbox"/> Coletado	__/__/__	<input type="checkbox"/> Não reagente	<input type="checkbox"/> Reagente
	<input type="checkbox"/> Concluído	<input type="checkbox"/> Não Solicitado		<input type="checkbox"/> Inconclusivo ou Indeterminado	
Teste rápido de anticorpo IgG	<input type="checkbox"/> Solicitado	<input type="checkbox"/> Coletado	__/__/__	<input type="checkbox"/> Não reagente	<input type="checkbox"/> Reagente
	<input type="checkbox"/> Concluído	<input type="checkbox"/> Não Solicitado		<input type="checkbox"/> Inconclusivo ou Indeterminado	

