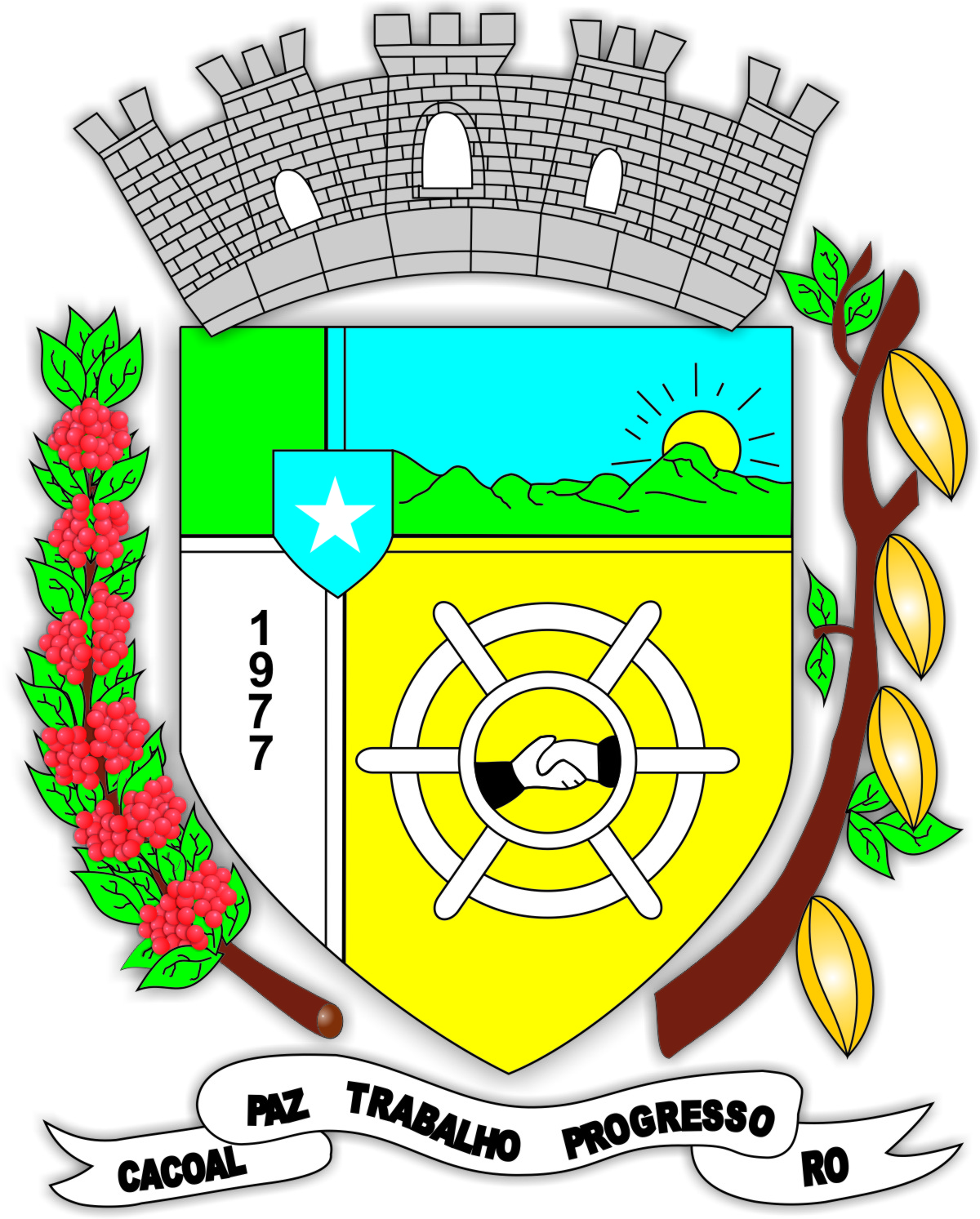
**Prefeitura Municipal de Cacoal Secretaria Municipal de Saúde**

**SUSP COVID-19 EM**





**NOTIFICAÇÃO E MONITORAMENTO DE CASO SUSPEITO DE COVID-19**

Ficha Nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DEFINIÇÃO DE CASO SUSPEITO COVID-19**

**( ) CASO 01:SÍNDROME GRIPAL (SG**): indivíduo com febre, mesmo que referida, acompanhada de tosse ou dor de garganta e com início do sintomas nos últimos 7 dias.

**( ) CASO 02: Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG**): Síndrome Gripal que agravou e apresente dispnéia, desconforto respiratório OU Pressão persistente no tórax OU saturação de O2 menor que 95% em ar ambiente OU cianose.Em crianças observar:batimentos de asa de nariz, cianose, tiragem intercostal, desidratação e inapetência.

**UNIDADE DE SAÚDE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data da Notif: \_\_\_/\_\_\_\_/2020**

|  |
| --- |
| **NOME DO PACIENTE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| Idade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ SEXO [ ]**1**.Masculino **2**.Feminino |
| Gestante [ ] **1**.1º trimestre **2**.2º trimestre **3**.3º trimestre **4**.Idade Gest. Ign **5.**Não **6.**Não se aplica **9**.Ignorado |
| Raça/cor [ ] **1**. Branca **2**. Negra **3**. Amarela **4.** Parda **5**. Indígena: Etnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Escolaridade [ ] **0**. Analfabeto **1**.1ª a 5ª série **2.**6ª a 9ª série **3**. Médio (1º ao 3º ano) **4.** Superior **5**.Não se aplica |
| Ocupação: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CNS: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Nome da Mãe: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**ENDEREÇO:** Município: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Rua \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Zona [ ] 1.Urbana 2. Rural Telefone: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Complemento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Paciente trabalha ou tem contato com aves ou suínos [ ] 1. Sim 2. Não 9. Ignorado | | |
| **Data Início dos Sintomas:** \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/2020 | **Monitoramento diário até 14 dias**: \_\_\_\_/\_\_\_\_/2020 | |
| **SINAIS E SINTOMAS** 1. SIM 2. NÃO | | **FREQUENCIA RESPIRATÓRIA** |
| [ ] Dor de Garganta | | [ ]Leve- **abaixo de** **20** irm |
| [ ] Dispneia | | [ ]Moderado - **com** **20 a 24**  irm |
| [ ] Febre \_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | [ ]Grave - **acima de 24**  irm |
| [ ] Tosse [ ] Seca [ ] Produtiva | |  |
| [ ] Perda de olfato e paladar | |  |
| [ ] Dor de cabeça [ ] Dor no corpo [ ] Outros sintomas: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |

**C**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FATORES DE RISCO** 1. SIM 2. NÃO | | | |
| [ ]Puérpera (até 42 dias do parto | [ ]Doenças cardiovascular crônica | | [ ]Pneumopatia crônica |
| [ ]Síndrome de Down | [ ]Doença hepática crônica | | [ ]Obesidade IMC \_\_\_\_\_\_ |
| [ ]Diabetes Mellitus | [ ]Doença neurológica crônica | | [ ]Outros \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| [ ]Imunodeficiência/imunodepressão | [ ]Doença renal crônica | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | | | |
| Recebeu Vacina contra Gripe (últimos 12 meses) | | Nº doses | Data última dose |
| [ ] 1. SIM 2. NÃO | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**]**

|  |  |
| --- | --- |
| **USO DE ANTIVIRAL** 1. SIM 2. NÃO | Data do Início do tratamento |
| [ ] 1. NÃO 2. Oseltamivir 3 . Zanamivir 4 . Outro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **INVESTIGAÇÃO DIAGNÓSTICA** |
| RT-PCR p/ SARS-CoV-2 DATA: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_/2020 Por \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (coleta do 3º ao 7º dia do início dos sintomas) |
| Teste Rápido IgM/IgG DATA: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_/2020 Por \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Ideal entre 8º e 10º dia do início dos sintomas) |
| Outro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_/2020 Por \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**CONCLUSÃO**  \_\_\_\_/\_\_\_\_/2020 **Diagnóstico**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Evolução** ( )Cura ( )Óbito

**Disk COVID Cacoal: 3907-4092/99904-2201/99908-9426**

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XX **Resp. pela Notificação: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Importante:** Orientar e monitorar o paciente e familiares quanto ao isolamento domiciliar e sinais de agravamento.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dia** | | **Horário** | **SITUAÇÃO DO PACIENTE E ORIENTAÇÕES** | **Resp** |
| **1º** | **\_\_\_/\_\_\_/20** |  |  |  |
| **2º** | **\_\_\_/\_\_\_/20** |  |  |  |
| **3º** | **\_\_\_/\_\_\_/20** |  |  |  |
| **4º** | **\_\_\_/\_\_\_/20** |  |  |  |
| **5º** | **\_\_\_/\_\_\_/20** |  |  |  |
| **6º** | **\_\_\_/\_\_\_/20** |  |  |  |
| **7º** | **\_\_\_/\_\_\_/20** |  |  |  |
| **8º** | **\_\_\_/\_\_\_/20** |  |  |  |
| **9º** | **\_\_\_/\_\_\_/20** |  |  |  |
| **10º** | **\_\_\_/\_\_\_/20** |  |  |  |
| **11º** | **\_\_\_/\_\_\_/20** |  |  |  |
| **12º** | **\_\_\_/\_\_\_/20** |  |  |  |
| **13º** | **\_\_\_/\_\_\_/20** |  |  |  |
| **14º** | **\_\_\_/\_\_\_/20** |  |  |  |