



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

Definição de caso: indivíduo com quadro respiratório agudo, caracterizado por sensação febril ou febre, mesmo que relatada, acompanhar tosse OU dor de garganta OU coriza.

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

Em idosos: a febre pode estar ausente. Deve-se considerar também critérios específicos de agravamento como síncope, confusão, sonolência excessiva, irritabilidade e inapetência.

UF: Município de Notificação:

IDENTIFICAÇÃO	Tem CPF? (Marcar X) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Estrangeiro: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	É profissional de saúde? (Marcar X) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	CBO:		CPF: _____
	CNS: _____		
	Nome Completo: _____		
	Nome Completo da Mãe: _____		
	Data de nascimento: _____	País de origem: _____	
	Sexo: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	Passaporte: _____	

DADOS CLÍNICOS EPIDEMIOLÓGICOS	CEP: _____	
	UF: _____	Município de Residência: _____
	Logradouro: _____	Número: _____
	Complemento: _____	Bairro: _____
	Telefone Celular: _____	Telefone do contato: _____
	Data da Notificação: _____	
	Sintomas: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Dor de Garganta <input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Outros _____	Data do início dos sintomas: _____

DADOS CLÍNICOS EPIDEMIOLÓGICOS	Condições: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Doenças respiratórias crônicas descompensadas <input type="checkbox"/> Doenças cardíacas crônicas <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Doenças renais crônicas em estágio avançado (graus 3, 4 e 5) <input type="checkbox"/> Imunossupressão <input type="checkbox"/> Gestante de alto risco <input type="checkbox"/> Portador de doenças cromossômicas ou estado de fragilidade imunológica		
--------------------------------	--	--	--

DADOS CLÍNICOS EPIDEMIOLÓGICOS	Estado do Teste: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Solicitado <input type="checkbox"/> Coletado <input type="checkbox"/> Concluído	Data da Coleta do Teste: _____	Tipo de Teste: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Teste rápido – anticorpo <input type="checkbox"/> Teste rápido – antígeno <input type="checkbox"/> RT - PCR	Resultado do teste (Marcar X) <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Positivo
--------------------------------	---	--------------------------------	---	---

DADOS CLÍNICOS EPIDEMIOLÓGICOS	Classificação final: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Confirmação laboratorial <input type="checkbox"/> Confirmação clínico epidemiológico <input type="checkbox"/> Descartado	Evolução do caso: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Cancelado <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Cura <input type="checkbox"/> Internado <input type="checkbox"/> Internado em U <input type="checkbox"/> Em tratamento domiciliar
--------------------------------	--	--

DADOS CLÍNICOS EPIDEMIOLÓGICOS	Data de encerramento: _____
--------------------------------	-----------------------------

Informações complementares e observações

Observações Adicionais