

**FICHA DE NOTIFICAÇÃO PRELIMINAR - CORONAVÍRUS (COVID-2019)**

**DATA da NOTIFICAÇÃO:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Hora:** \_\_\_\_:\_\_\_\_

**1. IDENTIFICAÇÃO DO NOTIFICANTE:**

Unidade notificante: \_\_\_\_\_

Nome do notificador: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_

**2. IDENTIFICAÇÃO DO CASO SUSPEITO:**

Nome: \_\_\_\_\_

Sexo: ( )M ( )F Idade: \_\_\_\_ (a) (m) Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ OCUPAÇÃO: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_ Telefones: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ / (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**3. SINAIS E SINTOMAS:**

3.1 **SINTOMÁTICO** ( )SIM ( )NÃO - Se sim, informar: **DATA de INÍCIO dos SINTOMAS:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

3.2 **TEMPERATURA** no momento do atendimento: \_\_\_\_ °C ou informar Febre referida \_\_\_\_ °C

**3.3 Sintomas respiratórios LEVES**

( )CORIZA ( )TOSSE SECA ( )DOR DE GARGANTA ( )MIALGIA ( )FEBRE BAIXA [até 37,8]

**3.4 Sintomas respiratórios GRAVES**

- ( )TOSSE PRODUTIVA
- ( )SIBILO/Chiado no peito
- ( )DESCONFORTO RESPIRATÓRIO/Dificuldade para respirar/Falta de ar
- ( )DISPNEIA com batimento das asas nasais E/OU retração intercostal E/OU fúrcula external
- ( )TAQUIPNEIA (>30 IPM)
- ( )SATURAÇÃO DE OXIMETRIA DE PULSO <95% EM AR AMBIENTE
- ( )CIANOSE CENTRAL
- ( )DIMINUIÇÃO DE PULSO PERIFÉRICO.
- ( )SINAIS DE HIPOTENSÃO [PAS < 90mmHg e/ou PAD <60mmHg]

**3.5 Outros sinais e sintomas apresentados durante o período:**

( )DIARRÉIA ( )CEFALEIA ( )NÁUSEA ( )VOMITO ( )Outros: \_\_\_\_\_

**4. COMORBIDADES:**

- ( )Puerpera até 45 dias do parto
- ( )Síndrome de Down
- ( )Diabetes Mellitus
- ( )Imunodeficiência/imunodepressão
- ( )Doença cardio vascular crônica
- ( )Doença hepática crônica
- ( )Doença neurológica crônica
- ( )Doença renal crônica
- ( )Doença hematológica crônica
- ( )Asma
- ( )Outra pneumopatia crônica
- ( )Obesidade [imc:\_\_\_\_\_]
- ( )Outros: \_\_\_\_\_

## 5. INFORMAÇÃO COMPLEMENTAR

5.1 Uso de medicação antitérmica e/ou analgésica e/ou antiinflamatório? ( )SIM ( )NÃO

Se sim, informa qual: \_\_\_\_\_

5.2 Uso de medicação Antiviral? ( )SIM ( )NÃO

Se sim, informar qual: \_\_\_\_\_

5.3 Histórico de Viagem? ( )SIM ( )NÃO

Se sim, informar: Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Local da viagem: \_\_\_\_\_

5.4 Recebeu vacina contra Gripe nos últimos dose meses? ( )SIM ( )NÃO

## 6. VÍNCULO EPIDEMIOLÓGICO:

( ) CASO SUSPEITO **Situação 1:** Febre E pelo menos um sinal ou sintoma respiratório (tosse, dificuldade para respirar, batimento das asas nasais, dor de garganta, coriza e chiado no peito).

( ) CONTATO DE CASO SUSPEITO OU CONFIRMADO **Situação 2:** Febre E/OU pelo menos um sinal ou sintoma respiratório (tosse, dificuldade para respirar, batimento das asas nasais, dor de garganta, coriza e chiado no peito) + **contato com caso suspeito e/ou confirmado com início dos sintomas**, nos últimos 14 dias.

**Nome do caso suspeito ou confirmado que teve contato:** \_\_\_\_\_

## 7. CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO:

7.1 Está de alta e será indicado ISOLAMENTO DOMICILIAR? ( )SIM ( )NÃO

SE SIM, PROVIDENCIAR PREENCHIMENTO DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO E ENTREGAR ORIENTAÇÕES DE “Isolamento domiciliar por 14 dias: condutas para pessoas infectadas ou suspeitas de infecção pelo novo Coronavírus - Covid 19”

7.2 Será HOSPITALIZADO? ( )Leito Comum ( )Leito UTI ( )Pronto Socorro / Pronto Atendimento

SE SIM, MANTER ISOLAMENTO HOSPITALAR UTILIZAR PRECAUÇÕES PADRÃO E PARA GOTÍCULAS. QUANDO FOR REALIZAR PROCEDIMENTOS INVASIVOS QUE POSSAM GERAR AEROSSÓIS UTILIZAR PRECAUÇÕES PARA AEROSSÓIS.

8. Realizado Coleta de Material para Diagnóstico: ( )SIM ( )NÃO

Se sim, informar para ( )Laboratório Oficial/LACEN ( )Laboratório da rede PRIVADA.

9. OBSERVAÇÕES: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Após preencher a ficha, favor encaminhar cópia para: [notifiqueaqui@maringa.pr.gov.br](mailto:notifiqueaqui@maringa.pr.gov.br)