MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Nº

e-SUS Notifica –28/09/2020

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 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.

UF de notificação: |__|__|	**Município de Notificação:** _____

IDENTIFICAÇÃO

Tem CPF? (Marcar X) |__|Sim |__|Não	**Estrangeiro:** (Marcar X) |__| Sim |__|Não	**Profissional de saúde** (Marcar X) |__| Sim |__|Não	**Profissional de segurança** (Marcar X) |__| Sim |__|Não

CBO:	**CPF:** __|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__

CNS: __|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__

Nome Completo:

Nome Completo da Mãe:

Data de nascimento: ____|____|_____	**País de origem:**

Sexo: (Marcar X) |__|Masculino |__|Feminino	**Raça/COR:** (Marcar X) |__|Branca |__|Preta |__|Amarela |__|Parda |__|Indígena - Etnia:_____|__|Ignorado	**Passaporte:** __|__|__|__|__|__|__|__|__

CEP: __|__|__|__|__ - __|__|__

Estado de residência: |__|__|	**Município de Residência:** _____

Logradouro:	**Número:**	**Bairro:**

Complemento:

Telefone Celular:	**Telefone de contato:**

DADOS CLÍNICOS EIDEMIOLÓGICOS

Data da Notificação: ___|___|____	**Data do início dos sintomas:** ___|___|____

Sintomas: (Marcar X)
\|__\|Assintomático \|__\|Febre \|__\|Dor de Garganta \|__\|Dispneia \|__\|Tosse \|__\| Coriza
\|__\|Dor de Cabeça \|__\|Distúrbios gustativos \|__\|Distúrbios olfativos \|__\|Outros_____

Condições: (Marcar X)
\|__\| Doenças respiratórias crônicas descompensadas
\|__\| Doenças renais crônicas em estágio avançado (graus 3, 4 e 5)
\|__\| Portador de doenças cromossômicas ou estado de fragilidade imunológica
\|__\| Doenças cardíacas crônicas
\|__\| Diabetes \|__\| Obesidade
\|__\| Imunossupressão
\|__\| Gestante
\|__\| Puérpera (até 45 dias do parto)

Estado do Teste: (Marcar X) |__|Solicitado |__|Coletado |__|Concluído |__|Exame Não Solicitado	**Tipo de Teste:** (Marcar X) |__|RT – PCR |__|Teste rápido – anticorpo |__|Teste rápido – antígeno |__|Testes sorológico	**Data do Teste (PCR/Rápidos):** ___|___|___	**Data do Teste (Sorológico): ___|___|____**

Resultado (PCR/Rápidos): (Marcar X) |__|Negativo |__|Positivo |__|Inconclusivo ou Indeterminado	**Teste Sorológico**: (Marcar x) |__|IgA |__|IgG |__|IgM |__|Anticorpos Totais	**Resultado (IgA):** (Marcar X) |__|Reagente |__|Não Reagente |__|Inconclusivo ou Indeterminado

Resultado (IgG): (Marcar X) |__|Reagente |__|Não Reagente |__|Inconclusivo ou Indeterminado	**Resultado (IgM):** (Marcar X) |__|Reagente |__|Não Reagente |__|Inconclusivo ou Indeterminado	**Resultado (Anticorpos Totais):** (Marcar X) |__|Reagente |__|Não Reagente |__|Inconclusivo ou Indeterminado

ENCERRAMENTO

Evolução do caso: (Marcar X) |__|Cancelado |__|Ignorado |__|Internado |__|Em tratamento domiciliar |__|Óbito |__|Internado em UTI |__|Cura	**Classificação final:** (Marcar X) |__|Descartado |__|Confirmado Clínico Imagem |__|Confirmado Clínico-Epidemiológico |__|Confirmado Por Critério Clínico |__|Confirmado Laboratorial |__|Síndrome Gripal Não Especificada	**Data de encerramento:**____|____|___

Informações complementares e observações