



## FICHA DE NOTIFICAÇÃO 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.

IDENTIFICAÇÃO			
Município de Notificação:		UF de notificação:	Data da Notificação:
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
CPF:		CNS:	Passaporte:
Ocupação (CBO):			
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     Ignorado     Indígena Se indígena, informar etnia:	
É membro de povo ou comunidade tradicional? (Marcar X)     Sim     Não Se sim, qual?			
Estado de residência:		Município de Residência:	
CEP:           -			
Logradouro:		Número:	Bairro:
Complemento:			
Telefone 1:		Telefone 2:	
E-mail:			

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

DADOS CLÍNICOS EPIDEMIOLÓGICOS				
Sintomas: (Marcar X)	Assintomático	Febre	Dor de Garganta	Dispneia
	Dor de Cabeça	Distúrbios gustativos	Distúrbios olfativos	Tosse
			Outros	Coriza
Data do início dos sintomas:				
Condições: (Marcar X)	Doenças respiratórias crônicas descompensadas		Doenças cardíacas crônicas	
	Doenças renais crônicas em estágio avançado (graus 3, 4 e 5)		Puérpera (até 45 dias do parto)	
	Portador de doenças cromossômicas ou estado de fragilidade imunológica		Imunossupressão	
			Diabetes	
			Gestante	
				Obesidade
				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
Sim     Não		1ª dose		
		2ª dose		

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