



**Nota Técnica SMS/DVE/VISA Nº 06/2021**

**Orientações para Realização de Teste COVID para Ambientes Privados**

Dispõe sobre as orientações da Vigilância Epidemiológica de Itajaí, sob fiscalização da Vigilância Sanitária de Itajaí para todos os laboratórios, empresas e farmácias que realizem testes COVID.

CONSIDERANDO, a Portaria SES nº 948 de 01 de setembro de 2021, que Reorganiza fluxos e critérios para realização da estratégia de testagem ampliada para identificação de infecção pelo vírus SARS-CoV-2 no Estado de Santa Catarina;

CONSIDERANDO, a Portaria SES nº 961 de 02 de setembro de 2021, que Altera a redação do art. 1º, § 1º, inciso V da Portaria SES nº 948 de 01 de setembro de 2021;

Resolve:

Art. 1º Todos os locais de coleta de testes COVID realizadas no Município de Itajaí deverão notificar a Vigilância Epidemiológica através da planilha anexa, por meio de e-mail, devidamente preenchida, contendo todos os exames POSITIVOS realizados para COVID-19 já digitados no eSUS-VE, além, das demais obrigatoriedades exigidas pelo Estado.

Parágrafo Único: Tanto os casos negativos quanto positivos são de notificação obrigatória e compulsória de responsabilidade dos próprios laboratórios, empresas e farmácias.

Art. 2º A oferta e execução de TLR, incluindo TR-AG, deve estar vinculada a um laboratório clínico, posto de coleta ou serviço de saúde pública ambulatorial ou hospitalar.

§1º As atividades de coleta domiciliar, em empresa ou em unidade móvel para execução de testes laboratoriais devem estar obrigatoriamente vinculadas formalmente a um laboratório clínico e devem seguir o disposto na legislação vigente;

§2º Todos os laboratórios da rede privada, clínicas, farmácias e quaisquer outros estabelecimentos que realizam exames para a detecção da COVID-19, em todo território municipal, deverão integrar os resultados dos exames realizados à Plataforma SC Digital e efetuar a notificação imediata dos mesmos no e-SUS Notifica.

I - Permanece a obrigatoriedade de integração à Plataforma SC Digital e notificação no e-SUS Notifica mesmo para laboratórios da rede privada, clínicas, farmácias e quaisquer outros que estejam integrados à Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS);

II - Os laboratórios da rede privada, clínicas, farmácias e quaisquer outros estabelecimentos ficam desobrigados de realizar a notificação no e-SUS Notifica, somente, mediante acordo prévio com a Vigilância Epidemiológica do Município de Itajaí, a partir do envio diário dos dados de todos os exames realizados pelos estabelecimentos supracitados.

Art. 3º Farmácias e drogarias são autorizadas a prestar o serviço farmacêutico de testes rápidos para a COVID-19, seguindo o disposto na RDC 377/2020/ANVISA, desde que possuam na Autorização de Funcionamento de Empresa (AFE) e no Alvará Sanitário a atividade de Prestação de Serviços Farmacêuticos.

§1º O serviço de testagem em farmácias devem indubitavelmente, ser realizado no estabelecimento.

§2º A sala de realização de exames deve possuir sistema de ventilação forçada ou natural, que permita boa renovação de ar do ambiente.

Art. 4º Todas as Notificações Negativas serão digitadas pelo próprio laboratório, empresa ou farmácia, diretamente no site do ESUS-VE e não precisará mais ser enviada cópia das notificações negativas ao DVE.

Art. 5º As Notificações Positivas passarão a ser digitadas pelo próprio laboratório, empresa ou farmácia, diretamente no site do ESUS-VE, dispensando o envio de laudo ou ficha digitalizada das mesmas; sendo necessário apenas o preenchimento da planilha, anexo a este documento.




Paragrafo Único. A planilha deverá ser enviada para o e-mail [agravosagudos.dve@itajai.sc.gov.br](mailto:agravosagudos.dve@itajai.sc.gov.br), diariamente com o cumulativo dos casos positivos e mesma que deve ser preenchida corretamente com todos os dados solicitados.

Art. 6º A digitação dos dados deve ser feita no site <https://notifica.saude.gov.br/onboard> mediante cadastro como “Usuário Notificação”.

Art. 7º Esta Nota Técnica entra em vigor na data de sua publicação.

Itajaí, 08 de Outubro de 2021.

  
Priscila Paola Viera  
Diretora  
Matrícula 2184404  
Diretoria de Vigilância Epidemiológica  
Priscila Paola Vieira  
Diretora da Vigilância Epidemiológica

  
Christiane Lazzaris Anacleto de Brito  
Diretora da Vigilância Sanitária



Laboratório: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

PROTOCOLO ESUS-VE	NOME PACIENTE	DATA DE NASCIMENTO	CIDADE DE RESIDÊNCIA	TELEFONE DO PACIENTE	RESULTADO DO EXAME



**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 de Notificação:	
Tem CPF? (Marcar X) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Estrangeiro: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Profissional de saúde: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Profissional de segurança: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
CPF:	CNS:	Passaporte:	
Ocupação (CBO):	Nome Completo:		
Nome Completo da Mãe:			
Data de nascimento:	País de origem:		
Sexo: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	Raça/Cor: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Ignorado	Se indígena, informar etnia:	
É membro de povo ou comunidade tradicional? (Marcar X) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> Monitoramento de contatos <input type="checkbox"/> Investigação de surtos <input type="checkbox"/> Monitoramento de viajantes com risco de VOC (quarentena) <input type="checkbox"/> Outro:	Se triagem de população específica: (Marcar X)	<input type="checkbox"/> Trabalhadores de serviços essenciais ou estratégicos <input type="checkbox"/> Profissionais de saúde <input type="checkbox"/> Gestantes e puérperas <input type="checkbox"/> Povos e comunidades tradicionais <input type="checkbox"/> Outro:
Local de realização da testagem: (Marcar X)	<input type="checkbox"/> Serviço de saúde (UBS, hospital, UPA etc.) <input type="checkbox"/> Farmácia ou drogaria <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Local de trabalho <input type="checkbox"/> Escola	<input type="checkbox"/> Aeroporto <input type="checkbox"/> Domicílio ou comunidade

DADOS CLÍNICOS EPIDEMIOLÓGICOS			
Sintomas: (Marcar X)	<input type="checkbox"/> Assintomático <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Dor de Garganta <input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Coriza	<input type="checkbox"/> Dor de Cabeça <input type="checkbox"/> Distúrbios gustativos <input type="checkbox"/> Distúrbios olfativos <input type="checkbox"/> Outros	
Data do início dos sintomas:			
Condições: (Marcar X)	<input type="checkbox"/> Doenças respiratórias crônicas descompensadas <input type="checkbox"/> Doenças renais crônicas em estágio avançado (graus 3, 4 e 5) <input type="checkbox"/> Portador de doenças cromossômicas ou estado de fragilidade imunológica	<input type="checkbox"/> Doenças cardíacas crônicas <input type="checkbox"/> Puérpera (até 45 dias do parto) <input type="checkbox"/> Imunossupressão <input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Gestante <input type="checkbox"/> Obesidade
Campos preenchidos automaticamente pelo sistema.			
Recebeu vacina Covid-19? (Marcar X) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se recebeu vacina Covid-19, informar:	Dose	Data da vacinação
		1ª dose	
		2ª dose	
			Laboratório produtor da vacina
			Lote da vacina

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

