

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: <input type="text"/>		Município de Notificação: <input type="text"/>			
IDENTIFICAÇÃO	Tem CPF? (Marcar X) <input type="text"/> Sim <input type="text"/> Não	Estrangeiro: (Marcar X) <input type="text"/> Sim <input type="text"/> Não	Profissional de saúde (Marcar X) <input type="text"/> Sim <input type="text"/> Não	Profissional de segurança (Marcar X) <input type="text"/> Sim <input type="text"/> Não	
	CBO: <input type="text"/>		CPF: <input type="text"/>		
	CNS: <input type="text"/>				
	Nome Completo: <input type="text"/>				
	Nome Completo da Mãe: <input type="text"/>				
	Data de nascimento: <input type="text"/>		País de origem: <input type="text"/>		
	Sexo: (Marcar X) <input type="text"/> Masculino <input type="text"/> Feminino	Raça/COR: (Marcar X) <input type="text"/> Branca <input type="text"/> Preta <input type="text"/> Amarela <input type="text"/> Parda <input type="text"/> Indígena - Etnia: <input type="text"/> Ignorado		Passaporte: <input type="text"/>	
	CEP: <input type="text"/>				
	Estado de residência: <input type="text"/>		Município de Residência: <input type="text"/>		
	Logradouro: <input type="text"/>		Número: <input type="text"/>	Bairro: <input type="text"/>	
Complemento: <input type="text"/>					
Telefone Celular: <input type="text"/>		Telefone de contato: <input type="text"/>			
DADOS CLÍNICOS EPIDEMIOLÓGICOS	Data da Notificação: <input type="text"/>		Data do início dos sintomas: <input type="text"/>		
	Sintomas: (Marcar X) <input type="text"/> Assintomático <input type="text"/> Febre <input type="text"/> Dor de Garganta <input type="text"/> Dispneia <input type="text"/> Tosse <input type="text"/> Coriza <input type="text"/> Dor de Cabeça <input type="text"/> Distúrbios gustatórios <input type="text"/> Distúrbios olfativos <input type="text"/> Outros <input type="text"/>				
	Condições: (Marcar X) <input type="text"/> Doenças respiratórias crônicas descompensadas <input type="text"/> Diabetes <input type="text"/> Obesidade <input type="text"/> Doenças renais crônicas em estágio avançado (graus 3, 4 e 5) <input type="text"/> Imunossupressão <input type="text"/> Portador de doenças cromossômicas ou estado de fragilidade imunológica <input type="text"/> Gestante <input type="text"/> Doenças cardíacas crônicas <input type="text"/> Puérpera (até 45 dias do parto)				
	Estado do Teste: (Marcar X) <input type="text"/> Solicitado <input type="text"/> Coletado <input type="text"/> Concluído <input type="text"/> Exame Não Solicitado	Data da Coleta do Teste: <input type="text"/>	Tipo de Teste: (Marcar X) <input type="text"/> RT – PCR <input type="text"/> Teste rápido – anticorpo <input type="text"/> Teste rápido – antígeno <input type="text"/> Enzimaimunoensaio-ELISA <input type="text"/> Eletroquimioluminescência- ECLIA <input type="text"/> Quimioluminescência- CLIA		
			Resultado do teste: (Marcar X) <input type="text"/> Negativo <input type="text"/> Positivo <input type="text"/> Inconclusivo ou Indeterminado		
ENCERRAMENTO	Classificação final: (Marcar X) <input type="text"/> Descartado <input type="text"/> Confirmado Clínico Imagem <input type="text"/> Confirmado Clínico-Epidemiológico <input type="text"/> Confirmado Por Critério Clínico <input type="text"/> Confirmado Laboratorial <input type="text"/> Síndrome Gripal Não Especificada		Evolução do caso: (Marcar X) <input type="text"/> Cancelado <input type="text"/> Internado <input type="text"/> Ignorado <input type="text"/> Óbito <input type="text"/> Em tratamento domiciliar <input type="text"/> Cura <input type="text"/> Internado em UTI		
	Data de encerramento: <input type="text"/>				
Informações complementares e observações					
<input type="text"/>					
<input type="text"/>					
<input type="text"/>					