MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Nº

e-SUS Notifica 16/08/2021

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 |__| Investigação de surtos |__| Monitoramento de viajantes com risco de VOC (quarentena) |__| Outro: _____	***Se triagem de população específica:*** *(Marcar X)* |__| Trabalhadores de serviços essenciais ou estratégicos |__| Profissionais de saúde |__| Gestantes e puérperas |__| Povos e comunidades tradicionais |__| Outro: _____
Local de realização da testagem: *(Marcar X)*	|__| Serviço de saúde (UBS, hospital, UPA etc.) |__| Farmácia ou drogaria |__| Outro: _____	|__| Local de trabalho |__| Escola |__| Aeroporto |__| Domicílio ou comunidade

DADOS CLÍNICOS EPIDEMIOLÓGICOS

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

Data do início dos sintomas: ___\|___\|____

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

Campos preenchidos automaticamente pelo sistema.

Recebeu vacina Covid-19? *(Marcar X)* |__| Sim |__|Não	*Se recebeu vacina Covid-19, informar:*	Dose	Data da vacinação	Laboratório produtor da vacina	Lote da vacina
		1ª dose	___|___|____		
		2ª dose	___|___|____		

EXAMES LABORATORIAIS

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

EXAMES LABORATORIAIS

Tipo de teste	Estado do teste	Data da coleta	Fabricante	Lote	Resultado
Teste rápido de antígeno	|__| Solicitado |__| Concluído |__| Coletado |__| Não Solicitado	___|___|___			|__|Não reagente |__| Reagente |__|Inconclusivo ou Indeterminado

ENCERRAMENTO

Evolução do caso: *(Marcar X)*

\|__\|Cancelado \|__\|Em tratamento domiciliar \|__\|Cura
\|__\|Internado \|__\|Internado em UTI
\|__\|Óbito \|__\|Ignorado

Classificação final: *(Marcar X)*

\|__\| Descartado
\|__\| Confirmado Clínico-Epidemiológico
\|__\| Confirmado Laboratorial
\|__\| Confirmado Clínico-Imagem
\|__\| Confirmado Por Critério Clínico
\|__\| Síndrome Gripal Não Especificada

Data de encerramento:

____|____|_____

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES E OBSERVAÇÕES

RASTREAMENTO DE CONTATOS

ID do caso Fonte (preenchido automaticamente pelo sistema)	**ID do contato** *(preenchido automaticamente pelo sistema)*	**Nome completo do contato**	**CPF do contato**	**Telefone 1**	**Telefone 2**	**Relação com o caso** *[1] Domiciliar; [2] Familiar (extradomiciliar); [3] Laboral; [4] Escolar; [5] Evento Social; [6] Outros.*	**Data do último contato**
						|__|	
						|__|	
						|__|	
						|__|	
						|__|	
						|__|	
						|__|	
						|__|	
						|__|	
						|__|	
						|__|	
						|__|	
						|__|	
						|__|	
						|__|	
						|__|	
						|__|	
						|__|	
						|__|	
						|__|	