



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.

UNIDADE DE SAÚDE: _____		CODIGO DA UNIDADE SAÚDE: _____	
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	Se indígena, informar etnia: _____	
É membro de povo ou comunidade tradicional? (Marcar X) __ Não		__ Sim 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 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 __ Puérpera (até 45 dias do parto) __ Gestante __ Imunossupressão __ Obesidade __ Outros _____												
<i>Campos preenchidos automaticamente pelo sistema.</i>														
Recebeu vacina Covid-19? (Marcar X) __ Sim __ Não	Se recebeu vacina Covid-19, informar:	<table border="1"> <tr> <th>Dose</th> <th>Data da vacinação</th> <th>Laboratório produtor da vacina</th> <th>Lote da vacina</th> </tr> <tr> <td>1ª dose</td> <td> __ __ __ </td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2ª dose</td> <td> __ __ __ </td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Dose	Data da vacinação	Laboratório produtor da vacina	Lote da vacina	1ª dose	__ __ __			2ª dose	__ __ __		
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	__ __ __	__ Não detectável	__ Detectável
	__ Concluído	__ Não Solicitado		__ Inconclusivo ou Indeterminado	
Teste rápido de anticorpo IgM	__ Solicitado	__ Coletado	__ __ __	__ Não reagente	__ Reagente
	__ Concluído	__ Não Solicitado		__ Inconclusivo ou Indeterminado	
Teste rápido de anticorpo IgG	__ Solicitado	__ Coletado	__ __ __	__ Não reagente	__ Reagente
	__ Concluído	__ Não Solicitado		__ Inconclusivo ou Indeterminado	

EXAMES LABORATORIAIS

Tipo de teste	Estado do teste		Data da coleta	FABRICANTE	LOTE	RESULTADO
Teste rápido de antígeno	__ Solicitado	__ Concluído	__ __ __	_____	_____	__ Não reagente
	__ Coletado	__ Não Solicitado				__ Reagente
						__ Inconclusivo ou indeterminado

