



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.

<b>Data da Notificação</b> ____/____/____		<b>Unidade de Saúde:</b> _____		<b>Município/UF de Notificação:</b> _____		
<b>IDENTIFICAÇÃO</b>	<b>Tem CPF?</b> (Marcar X) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<b>Estrangeiro:</b> (Marcar X) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<b>Profissional de saúde</b> (Marcar X) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		<b>Profissional de segurança</b> (Marcar X) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
	<b>OCUPAÇÃO:</b> _____			<b>CPF:</b> ____-____-____/____-____		
	<b>CNS:</b> ____-____-____-____-____-____-____-____-____-____					
	<b>Nome Completo:</b> _____					
	<b>Nome Completo da Mãe:</b> _____					
	<b>Data de nascimento:</b> ____/____/____			<b>País de origem</b> (se estrangeiro): _____		
	<b>Sexo:</b> (Marcar X) <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino		<b>Raça/COR:</b> (Marcar X) <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Indígena - Etnia: _____ <input type="checkbox"/> Ignorado			<b>Gestante:</b> <input type="checkbox"/> 1-1º Trimestre <input type="checkbox"/> 2-2º Trimestre <input type="checkbox"/> 3-3º Trimestre <input type="checkbox"/> 4-Idade Gestacional <input type="checkbox"/> Ignorada <input type="checkbox"/> 5-Não <input type="checkbox"/> 6-Não se aplica
	<b>Estado de residência:</b> ____/____		<b>Município de Residência:</b> _____			
	<b>Logradouro:</b> _____			<b>Número:</b> _____		<b>Complemento:</b> _____
	<b>Bairro:</b> _____				<b>CEP:</b> ____-____/____	
<b>Telefone de contato:</b> _____						
<b>DADOS CLÍNICOS EPIDEMIOLÓGICOS</b>	<b>DATA DO INÍCIO DOS SINTOMAS:</b> ____/____/____					
	<b>SINTOMAS (mínimo de 2)</b> <input type="checkbox"/> Assintomático <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Dor de Garganta <input type="checkbox"/> Dispnéia <input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Coriza <input type="checkbox"/> Calafrios <input type="checkbox"/> Dor de Cabeça <input type="checkbox"/> Distúrbios gustatórios <input type="checkbox"/> Distúrbios olfativos <input type="checkbox"/> Outros _____					
	<b>Condições:</b> (Marcar X) <input type="checkbox"/> Doenças respiratórias crônicas descompensadas <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Doenças renais crônicas em estágio avançado (graus 3, 4 e 5) <input type="checkbox"/> Imunossupressão <input type="checkbox"/> Portador de doenças cromossômicas ou estado de fragilidade imunológica <input type="checkbox"/> Obesidade <input type="checkbox"/> Doenças cardíacas crônicas <input type="checkbox"/> Puérpera (até 45 dias do parto)					
	<b>Estado do Teste:</b> (Marcar X) <input type="checkbox"/> Solicitado <input type="checkbox"/> Coletado <input type="checkbox"/> Concluído <input type="checkbox"/> Exame Não Solicitado <b>Data da Coleta</b> ____/____/____		<b>Já testou positivo para Covid-19 anteriormente?</b> <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <b>Data</b> ____/____/____		<b>Tipo de Teste do quadro anterior:</b> <input type="checkbox"/> RT – PCR <input type="checkbox"/> Teste rápido – anticorpo <input type="checkbox"/> Teste rápido – antígeno <input type="checkbox"/> Enzimaimunoensaio-ELISA <input type="checkbox"/> Eletroquimioluminescência- ECLIA <input type="checkbox"/> Quimioluminescência- CLIA	
				<b>Recebeu vacina Covid? QUAL?</b> <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <b>DOSE</b> <input type="checkbox"/> 1ª ____/____/____ LOTE: _____ <input type="checkbox"/> 2ª ____/____/____ LOTE: _____		
<b>ENCERRAMENTO</b>	<b>Classificação final:</b> (Marcar X) <input type="checkbox"/> Descartado <input type="checkbox"/> Confirmado Clínico Imagem <input type="checkbox"/> Confirmado Clínico-Epidemiológico <input type="checkbox"/> Confirmado Por Critério Clínico <input type="checkbox"/> Confirmado Laboratorial <input type="checkbox"/> Síndrome Gripal Não Especificada			<b>Evolução do caso:</b> (Marcar X) <input type="checkbox"/> Cancelado <input type="checkbox"/> Internado <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Em tratamento domiciliar <input type="checkbox"/> Cura <input type="checkbox"/> Internado em UTI		
	<b>Data de encerramento:</b> ____/____/____					
<b>IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL:</b> _____ <i>Informações complementares e observações:</i> _____ _____			<b>CONSELHO/MATRÍCULA:</b> _____			