



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:	
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 __ Puérpera (até 45 dias do parto) __ Imunossupressão __ Outros _____	__ Diabetes __ Gestante __ Obesidade	
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
		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
RT-LAMP	__ Solicitado	__ Coletado	__ __ __	__ Não detectável __ Detectável
	__ Concluído	__ Não Solicitado		__ Inconclusivo ou Indeterminado
Teste sorológico IgA	__ Solicitado	__ Coletado	__ __ __	__ Não reagente __ Reagente
	__ Concluído	__ Não Solicitado		__ Inconclusivo ou Indeterminado
Teste sorológico IgM	__ Solicitado	__ Coletado	__ __ __	__ Não reagente __ Reagente
	__ Concluído	__ Não Solicitado		__ Inconclusivo ou Indeterminado
Teste sorológico IgG	__ Solicitado	__ Coletado	__ __ __	__ Não reagente __ Reagente
	__ Concluído	__ Não Solicitado		__ Inconclusivo ou Indeterminado
Teste sorológico – anticorpos totais	__ Solicitado	__ Coletado	__ __ __	__ Não reagente __ Reagente
	__ 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

