MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Nº

e-SUS Notifica –05/10/2020

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: |_|_|

Município de Notificação:

IDENTIFICAÇÃO

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

CBO:

CPF: __|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__

CNS: __|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__

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
|__|Indígena- Etnia:_____|_|Ignorado

Passaporte:
__|__|__|__|__|__|__|__|__

CEP: __|__|_|__|__-__|__|__

Estado de residência: |_|_|

Município de Residência: _____

Logradouro:

Número:

Bairro:

Complemento:

Telefone Celular:

Telefone de contato:

DADOS CLÍNICOS EPIDEMIOLÓGICOS

Data da Notificação:___|___|_____

Data do início dos sintomas:___|___|_____

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

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
|_| Obesidade
|_| Imunossupressão
|_| Gestante
|_| Puérpera (até 45 dias do parto)

Estado do Teste: (Marcar X)
|_|Solicitado
|_|Coletado
|_|Concluído
|_|Exame Não Solicitado

Tipo de Teste: (Marcar X)
|_|RT – PCR
|_|Teste rápido – anticorpo
|_|Teste rápido – antígeno
|_|Testes sorológico

Data do Teste (PCR/Rápidos):
___|___|___

Data do Teste (Sorológico):
___|___|____

Resultado (PCR/Rápidos): (Marcar X)
|_|Negativo
|_|Positivo
|_|Inconclusivo ou Indeterminado

Teste Sorológico: (Marcar x)
|__|IgA
|__|IgG
|_|IgM
|_|Anticorpos Totais

Resultado (IgA): (Marcar X)
|_|Reagente
|_|Não Reagente
|_|Inconclusivo ou Indeterminado

Resultado (IgG): (Marcar X)
|_|Reagente
|_|Não Reagente
|_|Inconclusivo ou Indeterminado

Resultado (IgM): (Marcar X)
|_|Reagente
|_|Não Reagente
|_|Inconclusivo ou Indeterminado

Resultado (Anticorpos Totais): (Marcar X)
|_|Reagente
|_|Não Reagente
|_|Inconclusivo ou Indeterminado

ENCERRAMENTO

Evolução do caso: (Marcar X)
|_|Cancelado
|__|Ignorado
|_|Internado
|_|Em tratamento domiciliar
|_|Óbito
|__|Internado em UTI
|_|Cura

Classificação final: (Marcar X)
|_|Descartado
|_|Confirmado Clínico Imagem
|_|Confirmado Clínico-Epidemiológico
|_|Confirmado Por Critério Clínico
|_|Confirmado Laboratorial
|_|Síndrome Gripal Não Especificada

Data de encerramento:____|____|____

Informações complementares e observações