



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>UF de notificação:</b> _____	<b>Município 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>É profissional de saúde</b> (Marcar X) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<b>É profissional de segurança</b> (Marcar X) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
	<b>CBO:</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> _____		
	<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		<b>Passaporte:</b> _____
	<b>CEP:</b> _____				
	<b>Estado de residência:</b> ____		<b>Município de Residência:</b> _____		
	<b>Logradouro:</b> _____		<b>Número:</b> _____	<b>Bairro:</b> _____	
<b>Complemento:</b> _____					
<b>Telefone Celular:</b> ____ - ____-____-____		<b>Telefone de contato:</b> ____ - ____-____-____			
<b>DADOS CLÍNICOS EPIDEMIOLÓGICOS</b>	<b>Data da Notificação:</b> ____/____/____				
	<b>Sintomas:</b> (Marcar X) <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Dor de Garganta <input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Outros _____		<b>Data do início dos sintomas:</b> ____/____/____		
	<b>Condições:</b> (Marcar X) <input type="checkbox"/> Doenças respiratórias crônicas descompensadas <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Gestante <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"/> Doenças cardíacas crônicas				
	<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 do Teste:</b> ____/____/____	<b>Tipo de Teste:</b> (Marcar X) <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"/> Imunoensaio por Eletroquimioluminescência- ECLIA	<b>Resultado do teste:</b> (Marcar X) <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Positivo	
	<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> ____/____/____				

**Informações complementares e observações**