

## Instrutivo de preenchimento da ficha de notificação de caso de Síndrome Gripal suspeito de doença pelo Coronavírus 2019 – COVID-19 (B34.2)

CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO é aquele cuja ausência de dados impossibilita a inclusão da notificação no e-SUS VE.

- **Nº** (Número da notificação): campo interno gerado automaticamente pelo sistema.
- **UF** (Unidade Federada): corresponde à UF que realizou a notificação; campo interno gerado automaticamente pelo sistema, a partir do operador logado.
- **Município de notificação**: corresponde ao município que realizou a notificação; campo interno gerado automaticamente pelo sistema, a partir do operador logado.
- **Tem CPF?** Informar se o paciente tem CPF (Sim/Não). **CAMPO OBRIGATÓRIO.**  
Se selecionado “Sim”, preencher campo “CPF”. Se não, preencher os campos “Estrangeiro” (Sim/Não), “CNS” e Nome Completo da Mãe.
- **CPF**: Anotar o CPF do paciente. **CAMPO OBRIGATÓRIO.**  
**OBS:** Ao digitar um CPF, o sistema preenche automaticamente os campos nome completo, data de nascimento, sexo, raça/cor e endereço a partir dos dados da RFB/CNS. Somente o último campo citado poderá ser editado pelo operador.
- **Estrangeiro**: Informar se o paciente é estrangeiro (Sim/Não). **CAMPO OBRIGATÓRIO.**  
Se selecionado “Sim”, preencher os campos “País de origem” e “Passaporte”.
- **CNS**: Preencher com o número do Cartão Nacional de Saúde do paciente.
- **País de origem**: Se estrangeiro, informar o país de origem. **CAMPO OBRIGATÓRIO.**
- **Passaporte**: Se estrangeiro, informar o número do passaporte. **CAMPO OBRIGATÓRIO.**
- **É profissional de saúde?** Informar se o paciente é profissional de saúde (Sim/Não). **CAMPO OBRIGATÓRIO.** Se o paciente for profissional de saúde, informar o CBO.
- **Profissional de Segurança**: Informar se o paciente é profissional de segurança (Sim/Não). **CAMPO OBRIGATÓRIO.**
- **CBO**: Selecionar o código/ocupação do paciente quando for profissional de saúde. **CAMPO OBRIGATÓRIO.**
- **Nome Completo**: preencher com o nome completo do paciente (sem abreviações). **CAMPO OBRIGATÓRIO.**
- **Nome Completo da Mãe**: preencher com o nome completo da mãe do paciente (sem abreviações). **CAMPO OBRIGATÓRIO**, se variável “Tem CPF?” for preenchido como não.
- **Data de nascimento**: informar a data de nascimento do paciente (dia/mês/ano). **CAMPO OBRIGATÓRIO.**

- **Sexo:** informar o sexo do paciente (Masculino/Feminino). **CAMPO OBRIGATÓRIO.**
- **Raça/cor:** informar a raça/cor declarada pelo paciente (Branca/Preta/Amarela/Parda/Indígena). **CAMPO OBRIGATÓRIO.**
- **CEP:** informar o CEP – código de endereçamento postal do logradouro da residência do paciente. Indivíduo não sabe o CEP, preencher com 00000-000. **CAMPO OBRIGATÓRIO.**
- **Logradouro:** Anotar o tipo (avenida, rua, travessa, etc) e o nome completo do logradouro da residência do paciente. Se pessoa em situação de rua, cigano ou análogo, preencher com o termo "inexistente", caso a pessoa não tenha endereço.  
Se estrangeiro, preencher com dados do endereço onde esteja hospedado. **CAMPO OBRIGATÓRIO.**
- **Número (SN):** preencher com o número do logradouro da residência do paciente. Se não houver, preencher com SN.
- **Complemento:** Anotar o complemento do logradouro (ex. Bloco B, apto 402, lote 25, casa 14, etc). Se pessoa em situação de rua, cigano ou análogo, preencher com a informação equivalente ao grupo populacional que pertence (situação de rua, cigano, circense, ribeirinho, do campo...)
- **Bairro:** Anotar o nome do bairro de residência do paciente. **CAMPO OBRIGATÓRIO.**
- **UF/Estado de residência:** Selecionar a unidade de federação da residência do paciente. **CAMPO OBRIGATÓRIO.**
- **Município de residência:** Selecionar o município de residência do paciente. **CAMPO OBRIGATÓRIO.**
- **Telefone celular:** Informar o telefone celular do paciente. **CAMPO OBRIGATÓRIO.**
- **Telefone de contato:** Informar o telefone celular do paciente.
- **Data da Notificação:** Anotar a data da notificação (data de preenchimento da ficha de notificação). **CAMPO OBRIGATÓRIO.**
- **Sintomas:** Selecionar os sintomas (Dor de garganta, Dispneia, Febre, Tosse e Outros) relatados pelo paciente ou aferido pelo profissional de saúde. Se sintomas "Outros" que não os listados, especificar (campo aberto). **CAMPO OBRIGATÓRIO.**  

**OBS:** Se o paciente for assintomático, porém com resultado positivo para COVID-19, selecionar "Outros", e preencher com "Assintomático".
- **Data do início dos sintomas:** informar a data de início dos sintomas relatados pelo paciente. **CAMPO OBRIGATÓRIO.**  

**OBS:** Se o paciente for assintomático, porém com resultado positivo para COVID-19, informar a data da coleta do teste ou a data da notificação na ausência da primeira data.
- **Condições:** selecionar as condições associadas: Doenças respiratórias crônicas descompensadas, Doenças cardíacas crônicas, Diabetes, Doenças renais crônicas em estágio

avanzado (graus 3, 4 e 5), Imunossupressão, Gestante, Portador de doenças cromossômicas ou estado de fragilidade imunológica.

- **Estado do teste:** informar se o exame foi solicitado, coletado, concluído ou exame não solicitado.

Se selecionada a categoria “Coletado”, preencher a data da coleta do teste.

Se selecionada a categoria “Concluído”, preencher os campos “Data da Coleta do Teste”, “Tipo de Teste” e “Resultado do Teste”.

- **Data da coleta do teste:** informar a data da coleta do exame. **CAMPO OBRIGATÓRIO.**

- **Tipo de teste:** Selecionar o teste que foi realizado (RT-PCR, Teste rápido–anticorpo, Teste rápido–antígeno, Enzimaimunoensaio - ELISA ou Imunoensaio por Eletroquimioluminescência-ECLIA). **CAMPO OBRIGATÓRIO.**

**OBS:** Caso o paciente tenha resultado positivo ou negativo tanto para teste rápido quanto para RT-PCR, selecionar a opção RT-PCR.

- **Resultado do teste:** Informar se o resultado do exame foi negativo ou positivo para COVID-19. **CAMPO OBRIGATÓRIO.**

- **Classificação final:**

- Selecionar “**Confirmado laboratorial**”, se o paciente teve resultado positivo (detectável ou reagente) em algum teste laboratorial para COVID-19;
- Selecionar “**Confirmado clínico-epidemiológica**”, se o paciente teve histórico de contato próximo ou domiciliar, nos últimos 14 dias antes do aparecimento dos sintomas, com caso confirmado laboratorialmente para COVID-19, e que não foi possível realizar a investigação laboratorial específica;
- Selecionar “**Descartado**”, quando há a identificação de outro agente etiológico, sem possibilidade de se tratar de co-infecção por método laboratorial específico; ou diante de uma confirmação de causa não infecciosa, quando os sinais e sintomas desaparecem por método terapêutico específico e atestado pelo médico responsável.
- Selecionar “**Síndrome Gripal não Especificada**”, se não houve realização de exames laboratoriais ou de imagens e não há histórico de contato próximo ou domiciliar, nos últimos 14 (quatorze) dias antes do aparecimento dos sintomas, com caso confirmado laboratorialmente para COVID-19; e
- Selecionar “**Confirmado Clínico-Imagem**”, quando não foi possível confirmar ou descartar por critério laboratorial e que apresente alterações tomográficas:

- Opacidade em vidro fosco periférico, bilateral, com ou sem consolidação ou linhas intralobulares visíveis ("pavimentação"), ou
  - Opacidade em vidro fosco multifocal de morfologia arredondada com ou sem consolidação ou linhas intralobulares visíveis ("pavimentação"), ou
  - Sinal de halo reverso ou outros achados de pneumonia em organização (observados posteriormente na doença).
  - Selecionar **“Confirmado por critério clínico”**, quando a síndrome gripal associado a anosmia ou disgeusia agudas, sem outra causa pregressa, e que não foi possível encerrar por outro critério de confirmação.
- **Evolução do caso:** Informar a evolução do caso, independentemente do resultado do teste e da classificação final do paciente.
- OBS:** A categoria “Cancelado” significa excluir ficha.
- **Data de encerramento:** Informar a data do encerramento. **CAMPO OBRIGATÓRIO**, se o campo “Evolução do caso” for preenchido.