

## 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).
- **CBO**: Selecionar o código/ocupação do paciente. **CAMPO OBRIGATÓRIO**, se o paciente é profissional de saúde (Sim).
- **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/Ignorado). **CAMPO OBRIGATÓRIO.**

- **Etnia:** Informar caso o campo raça/cor se a opção Indígena for selecionada. **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 (Assintomático, Dor de Cabeça, Febre, Distúrbios Gustatórios, Dor de garganta, Distúrbios Olfativos, Dispneia, Tosse, Coriza e Outros) relatados pelo paciente ou aferidos pelo profissional de saúde. Se sintomas "Outros" que não os listados, especificar (campo aberto). **CAMPO OBRIGATÓRIO.**

- **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 renais crônicas em estágio avançado (graus 3, 4 e 5), Portador de doenças cromossômicas ou estado de fragilidade imunológica, Doenças cardíacas crônicas, Diabetes, Imunossupressão, Gestante, Puérpera (até 45 dias do parto) e Obesidade.

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

Se selecionada a categoria “Coletado”, preencher o “Tipo de Teste”.

Se selecionada a categoria “Concluído”, preencher o “Tipo de Teste”, “Data do teste” e “Resultado do teste”.

Se selecionada a categoria “Exame não solicitado” os campos “Tipo de teste”, “Data do teste” e “Resultado do teste” não serão apresentados.

- **Tipo de teste:** Selecionar o teste para o exame que foi realizado (Teste rápido–anticorpo, Teste rápido–antígeno, RT-PCR e Teste Sorológico). **CAMPO OBRIGATÓRIO.**

Se selecionada as categorias “Teste rápido–anticorpo”, “Teste rápido–antígeno” e “RT-PCR”, preencher a “Data do Teste (PCR/Rápidos)” e “Resultado (PCR/Rápidos)”.

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

Se selecionada a categoria “Teste Sorológico”, preencher a “Data do Teste (Sorológico)” e especificar o anticorpo analisado (IgA, IgG, IgM, Anticorpos Totais). Ao selecionar o anticorpo analisado, preencher o campo “Resultado IgA”, “Resultado IgG”, “Resultado IgM” ou “Resultados Totais”, conforme a opção selecionada.

**OBS:** É possível selecionar as opções “RT-PCR” e “Teste Sorológico” ao mesmo tempo.

- **Data do Teste (PCR/Rápidos):** informar a data da coleta do exame quando campo “Tipo de Teste” for “Teste rápido–anticorpo”, “Teste rápido–antígeno” e “RT-PCR”. **CAMPO OBRIGATÓRIO.**

- **Data do Teste (Sorológico):** informar a data da coleta do exame quando campo “Tipo de Teste” for “Teste Sorológico”. **CAMPO OBRIGATÓRIO.**

- **Resultado do teste (PCR/Rápidos):** Informar se o resultado do exame foi “Negativo”, “Positivo”, “Inconclusivo ou Indeterminado” para (PCR/Rápidos) **CAMPO OBRIGATÓRIO.**

- **Teste Sorológico:** Informar o anticorpo analisado (IgA, IgG, IgM, Anticorpos Totais).

- **Resultado do teste (Sorológico):** Informar se o resultado do exame foi “Reagente”, “Não Reagente”, “Inconclusivo ou Indeterminado” para os anticorpos do Teste Sorológico (IgA, IgG, IgM, Anticorpos Totais). **CAMPO OBRIGATÓRIO.**

- **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.

**- 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**”, quando for caso de SG com histórico de contato próximo ou domiciliar, nos 14 dias anteriores ao aparecimento dos sinais e sintomas com caso confirmado para COVID-19.
- Selecionar “**Descartado**”, quando houve identificação de outro agente etiológico confirmado por método laboratorial específico, excluindo-se a possibilidade de uma co-infecção, OU confirmação por causa não infecciosa, atestada pelo médico responsável. Ressalta-se que um exame negativo para COVID-19 isoladamente não é suficiente para descartar um caso para COVID-19.
- Selecionar “**Síndrome Gripal não Especificada**”, se não houve identificação de nenhum outro agente etiológico OU que não foi possível coletar/processar amostra clínica para diagnóstico laboratorial, OU que não foi possível confirmar por critério clínico-epidemiológico, clínico-imagem ou clínico.
- Selecionar “**Confirmado Clínico-Imagem**”, quando for caso de SG que não foi possível confirmar por critério laboratorial e que apresente pelo menos uma (1) das seguintes 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 for caso de SG associado a anosmia (disfunção olfativa) OU ageusia (disfunção gustatória) aguda sem outra causa pregressa.

**- Data de encerramento:** Informar a data do encerramento. **CAMPO OBRIGATÓRIO**, se o campo “Evolução do caso” for preenchido.

