



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:**

Tem CPF? (Marcar X) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Estrangeiro: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Profissional de saúde (Marcar X) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Profissional de segurança (Marcar X) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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

É membro de povo ou comunidade tradicional? (Marcar X)

Sim Não

Se sim, qual?

CEP: -

Passaporte:

Logradouro:

Número:

Bairro:

Complemento:

Estado de residência:

Município de Residência:

Telefone Celular:

Telefone de contato:

E-mail:

Data da Notificação:

Data do início dos sintomas:

Sintomas: (Marcar X)

Assintomático Febre Dor de Garganta Dispneia Tosse Coriza

Dor de Cabeça Distúrbios gustativos Distúrbios olfativos Outros

Condições: (Marcar X)

Doenças respiratórias crônicas descompensadas

Diabetes

Obesidade

Doenças renais crônicas em estágio avançado (graus 3, 4 e 5)

Imunossupressão

Portador de doenças cromossômicas ou estado de fragilidade imunológica

Gestante

Doenças cardíacas crônicas

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)

Reagente

Não Reagente

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

IDENTIFICAÇÃO

DADOS CLÍNICOS EPIDEMIOLÓGICOS

ENCERRAMENTO	Evolução do caso: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Cancelado <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Em tratamento domiciliar <input type="checkbox"/> Internado em UTI	<input type="checkbox"/> Internado <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Cura	Classificação final: (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	Data de encerramento: ____ ____ ____
	Informações complementares e observações			