

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.

IDENTIFICAÇÃO

- **Nº** (Número da notificação): campo interno gerado automaticamente pelo sistema.
- **Estado de notificação**: 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 CNES selecionado pelo operador logado.
- **Data da Notificação**: Anotar a data da notificação (data de preenchimento da ficha de notificação). **CAMPO OBRIGATÓRIO.**
- **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.
- **Estrangeiro**: Informar se o paciente é estrangeiro (Sim/Não). **CAMPO OBRIGATÓRIO.**
Se selecionado “Sim”, preencher os campos “País de origem” e “Passaporte”.
- **Profissional de saúde**: Informar se o paciente é profissional de saúde (Sim/Não). **CAMPO OBRIGATÓRIO.** Se o paciente for profissional de saúde, informar o Código Brasileiro de Ocupações (CBO).
- **Profissional de Segurança**: Informar se o paciente é profissional de segurança (Sim/Não).
- **CPF**: Anotar o CPF do paciente.
OBS: Quando o usuário logado possuir cadastro no GOV.BR e nível de autenticação prata ou ouro, os campos nome completo, data de nascimento, sexo, raça/cor e endereço serão preenchidos automaticamente, a partir do CPF do paciente com os dados da RFB/CNS. Cabe ressaltar que somente o campo endereço poderá ser editado pelo operador.
- **CNS**: Preencher com o número do Cartão Nacional de Saúde do paciente.
- **Passaporte**: Se estrangeiro, informar o número do passaporte. **CAMPO OBRIGATÓRIO.**
- **Ocupação (CBO)**: Informar o Código Brasileiro de Ocupações (CBO). **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.**
- **Data de nascimento**: informar a data de nascimento do paciente (dia/mês/ano). **CAMPO OBRIGATÓRIO.**
- **País de origem**: Se estrangeiro, informar o país de origem. **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.**
- **É membro de povo ou comunidade tradicional?** Marque sim, caso o cidadão seja membro de algum povo ou comunidade tradicional. **CAMPO OBRIGATÓRIO.**
- **Se sim, qual?** Informar o povo ou a comunidade tradicional dentre as opções de povos e comunidades tradicionais listadas.
- **Estado de residência:** Informar a unidade de federação da residência do paciente. **CAMPO OBRIGATÓRIO.**

OBS: Caso o paciente seja morador de rua, cigano ou análogo, preencher com dados do local de notificação. Quando o paciente for estrangeiro, preencher com dados do endereço onde esteja hospedado.
- **Município de residência:** Informar o município de residência do paciente. **CAMPO OBRIGATÓRIO.**

OBS: Caso o paciente seja morador de rua, cigano ou análogo, preencher com dados do local de notificação. Quando o paciente for estrangeiro, preencher com dados do endereço onde esteja hospedado.
- **CEP:** informar o código de endereçamento postal do logradouro (CEP) 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. **CAMPO OBRIGATÓRIO.**

OBS: 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.
- **Número:** preencher com o número do logradouro da residência do paciente. Se não houver, preencher com SN.
- **Bairro:** Anotar o nome do bairro de residência do paciente. **CAMPO OBRIGATÓRIO.**
- **Complemento:** Anotar o complemento do logradouro (ex. Bloco B, apto 402, lote 25, casa 14, etc).

OBS: 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...)
- **Telefone 1:** Informar primeira opção de telefone para contato com o paciente, preferencialmente número de celular do mesmo, caso houver. **CAMPO OBRIGATÓRIO.**
- **Telefone 2:** Informar segunda opção de telefone para contato com o paciente.
- **E-mail:** Informar o e-mail do paciente.

ESTRATÉGIA E LOCAL DE REALIZAÇÃO DA TESTAGEM

- **Estratégia:** Selecionar a opção específica da estratégia de teste para Covid-19 utilizada no paciente (Diagnóstico assistencial (sintomático)/Busca ativa de assintomáticos/Triagem de população específica). **CAMPO OBRIGATÓRIO.**
- **Se busca ativa de assintomático:** Selecionar a opção específica (Monitoramento de contatos/Investigação de surtos/Monitoramento de Viajantes com risco de VOC (quarentena)/Outro). Informar caso o campo se busca ativa de assintomático for preenchido com a opção outro. **CAMPO OBRIGATÓRIO.**
- **Se triagem de população específica:** Selecionar a opção específica (Trabalhadores de serviços essenciais ou estratégicos/Profissionais de saúde/Gestante e puérperas/Povos e comunidades tradicionais/Outro). Informar caso o campo se triagem de população específica for preenchido com a opção outro. **CAMPO OBRIGATÓRIO.**
- **Local de realização da testagem:** Selecionar a opção específica (Serviço de saúde (UBS, hospital, UPA, etc)/Farmácia ou drogaria/Local de trabalho/Escola/Aeroporto/Domicílio ou Comunidade/Outro). Informar caso o campo local de realização da testagem for preenchido com a opção outro. **CAMPO OBRIGATÓRIO.**

DADOS CLÍNICOS EPIDEMIOLÓGICOS

- **Sintomas:** Informar os sintomas relatados pelo paciente ou aferidos pelo profissional de saúde: Assintomático, Dor de Cabeça, Febre, Distúrbios Gustativos, Dor de garganta, Distúrbios Olfativos, Dispneia, Tosse, Coriza e Outros. Quando “Sintomas” for igual a “Outro” deverá ser especificado qual o outro sintoma relatado pelo paciente. **CAMPO OBRIGATÓRIO.**
- **Data do início dos sintomas:** informar a data de início dos sintomas relatados pelo paciente, exceto se for assintomático. **CAMPO OBRIGATÓRIO.**
- **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), Obesidade e “Outros”. Se “Outros”, especificar. **CAMPO OBRIGATÓRIO.**
- **Recebeu vacina Covid-19:** Informar se o paciente recebeu a vacina contra Covid-19, marcar “Sim”, “Não” ou “Ignorado”. Campo automaticamente preenchido, a partir dos dados de vacinação para Covid-19, quando o CPF do paciente for informado e possuir informações de vacina.

OBS: Quando o paciente não possuir CPF, o campo será automaticamente preenchido como “Ignorado”
- **Se recebeu vacina Covid-19 (1ª, 2ª dose e dose de reforço), informar:** Campo de preenchimento automático quando CPF do paciente for informado e possuir informações de vacina.
- **Laboratório produtor da vacina Covid-19:** Campo de preenchimento automático quando CPF do paciente for informado e possuir informações de vacina.
- **Lote da vacina Covid-19:** Campo de preenchimento automático quando CPF do paciente for informado e possuir informações de vacina.

EXAMES LABORATORIAIS

- **Tipo de teste:** Incluir o tipo de teste realizado pelo paciente (RT-PCR, RT-LAMP, Teste Sorológico – IgA, IgM, IgG ou Anticorpos Totais, Teste rápido–anticorpo IgM ou IgG ou Teste rápido de antígeno).

OBS: É possível selecionar múltiplos testes quando realizado mais de um teste no paciente.

- **Estado do teste:** Para cada tipo de teste selecionado, informar a opção realizada em cada teste (Solicitado, Concluído, Coletado ou Não Solicitado). **CAMPO OBRIGATÓRIO**

- **Data da Coleta:** Para cada tipo de teste selecionado informar a data da coleta do(s) teste(s) realizado(s) pelo paciente. **CAMPO OBRIGATÓRIO** quando o campo “Estado do Teste” for selecionado com as categorias “Coletado” ou “Concluído”.

- **Resultado:** Informar o(s) resultado(s) do(s) teste(s) realizado(s) pelo paciente “Não detectável/Não reagente”, “Detectável/Reagente” ou “Inconclusivo ou Indeterminado/Inválido” a depender do tipo de teste. **CAMPO OBRIGATÓRIO** quando o campo “Estado do Teste” for “Concluído”.

- **Fabricante:** Informar o nome do fabricante quando tipo de teste for “Teste rápido-antígeno”. **CAMPO OBRIGATÓRIO.**

- **Lote:** Informar o número do lote quando tipo de teste for “Teste rápido-antígeno”. **CAMPO OBRIGATÓRIO.**

CONCLUSÃO

- **Evolução do caso:** Informar a evolução do caso, independentemente do resultado do teste e da classificação final do paciente (Cancelado, Internado, Óbitos, Em tratamento domiciliar, Internado em UTI, Ignorado e Cura).

OBS: A categoria “Cancelado” significa excluir ficha.

- **Classificação final:**

- Selecionar “**Confirmado laboratorial**”, se o paciente teve resultado detectável ou reagente em algum teste laboratorial para COVID-19; Campo automaticamente preenchido quando campo “Resultado do teste” for igual a “detectável” para tipo de teste “RT-PCR” ou “RT-LAMP”.
- 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 “**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.

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.

OBS: Quando o campo “Resultado do teste” for igual a “detectável” para tipo de teste em RT-PCR ou RT LAMP, o campo “Classificação Final” automaticamente deverá ser preenchido com a categoria “Confirmado Laboratorial”.

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

Registro para monitoramento de contatos + Adicionar

Identificar todas as pessoas que estiveram com um caso suspeito ou confirmado no período de transmissibilidade da doença, ou seja, 48 horas antes do início dos sintomas (para os casos sintomáticos) ou até 48 horas antes da data da coleta do exame (para os casos assintomáticos) até 10 dias após o início dos sintomas.

Preencher registro de todos os contatos identificados na notificação para monitoramento de contatos

- **Nome completo do contato:** Preencher o nome completo do contato relatado pelo caso fonte. **CAMPO OBRIGATÓRIO**

- **Estado de residência:** Informar o Estado de residência do contato do caso fonte. **CAMPO OBRIGATÓRIO**

- **Município de residência:** Informar o Município de residência do contato do caso fonte. **CAMPO OBRIGATÓRIO**

- **CPF do contato:** Anotar o CPF do contato do caso fonte.

- **Telefone 1:** Informar telefone do contato do caso fonte. **CAMPO OBRIGATÓRIO**

- **Telefone 2:** Informar um telefone opcional do caso fonte.

- **Relação com o caso:** Informar a relação do contato com o caso fonte (Domiciliar, Escolar, Evento Social, Familiar, Laboral ou Outros). Se “Outros”, especificar. **CAMPO OBRIGATÓRIO**

- **Data do último contato:** Preencher a data do último contato que o indivíduo teve com o caso fonte. **CAMPO OBRIGATÓRIO**.

OBS: É necessário o preenchimento individual de cada um dos contatos com o caso fonte, e ao final, após salvá-los, é necessário ainda, salvar o registro de notificação do caso suspeito ou confirmado.