



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)  Sim  Não **Estrangeiro:** (Marcar X)  Sim  Não **Profissional de saúde** (Marcar X)  Sim  Não **Profissional de segurança** (Marcar X)  Sim  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 **Passaporte:** \_\_\_\_\_

**CEP:** \_\_\_\_\_

**Estado de residência:** \_\_\_\_\_ **Município de Residência:** \_\_\_\_\_

**Logradouro:** \_\_\_\_\_ **Número:** \_\_\_\_\_ **Bairro:** \_\_\_\_\_

**Complemento:** \_\_\_\_\_

**Telefone Celular:** \_\_\_\_\_ **Telefone de contato:** \_\_\_\_\_

**Data da Notificação:** \_\_\_\_\_ **Data do início dos sintomas:** \_\_\_\_\_

**Sintomas:** (Marcar X)  Assintomático  Febre  Dor de Garganta  Dispneia  Tosse  Coriza  Dor de Cabeça  Distúrbios gustatórios  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)  Negativo  Positivo  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

**ENCERRAMENTO** **Evolução do caso:** (Marcar X)  Cancelado  Ignorado  Em tratamento domiciliar  Internado em UTI  Internado  Óbito  Cura **Classificação final:** (Marcar X)  Descartado  Confirmado Clínico Imagem  Confirmado Clínico-Epidemiológico  Confirmado Por Critério Clínico  Confirmado Laboratorial  Síndrome Gripal Não Especificada **Data de encerramento:** \_\_\_\_\_

**Informações complementares e observações**