



ATUALIZAÇÃO TÉCNICA AO PROTOCOLO DE INFECÇÃO HUMANA PELO SARS-COV-2 N° 02/2020 – 23/03/2020

DEFINIÇÕES DE CASOS OPERACIONAIS E FLUXOS DE TESTAGEM LABORATORIAL E NOTIFICAÇÃO DOS CASOS

Altera o texto da Atualização Técnica ao Protocolo de Infecção Humana pelo SARS-COV-2 N° 01/2020 -
Definições de casos operacionais e fluxos de testagem laboratorial e notificação dos casos | 20/03/20200

Observação inicial: O andamento da pandemia é extremamente dinâmico e estas orientações podem mudar de acordo com novas condutas recomendadas pelo Ministério da Saúde.

1. DEFINIÇÕES DE CASOS OPERACIONAIS (LEVANDO EM CONSIDERAÇÃO A TRANSMISSÃO COMUNITÁRIA NO ESTADO DE MINAS GERAIS E NO BRASIL):

- **CASO SUSPEITO DE DOENÇA PELO CORONAVÍRUS 2019 (COVID-19)**

Situação 1 – Pessoa que, nos últimos 14 dias, apresente:

- Febre¹ E Pelo menos um dos sinais ou sintomas respiratórios (tosse, dificuldade para respirar, produção de escarro, congestão nasal ou conjuntival, dificuldade para deglutir, dor de garganta, coriza, saturação de O₂ < 95%, sinais de cianose, batimento de asa de nariz, tiragem intercostal e dispneia)

Situação 2 – CONTATO PRÓXIMO: pessoa que, nos últimos 14 dias, teve histórico de contato próximo de caso suspeito ou confirmado para COVID-19 E apresente:

- Febre **OU** Pelo menos um sinal ou sintoma respiratório (tosse, dificuldade para respirar, produção de escarro, congestão nasal ou conjuntival, dificuldade para deglutir, dor de garganta, coriza, saturação de O₂ < 95%, sinais de cianose, batimento de asa de nariz, tiragem intercostal e dispneia)

- **CASO PROVÁVEL DE DOENÇA PELO CORONAVÍRUS 2019 (COVID-19)**

Situação 3 – CONTATO DOMICILIAR: pessoa que, nos últimos 14 dias, resida ou trabalhe no domicílio de caso suspeito ou confirmado para COVID-19 E apresente:

- Febre **OU** Pelo menos um sinal ou sintoma respiratório (tosse, dificuldade para respirar, produção de escarro, congestão nasal ou conjuntival, dificuldade para deglutir, dor de garganta, coriza, saturação de O₂ < 95%, sinais de cianose, batimento de asa de nariz, tiragem intercostal e dispneia) OU
- Outros sinais e sintomas inespecíficos como: fadiga, mialgia/artralgia, dor de cabeça, calafrios, gânglios linfáticos aumentados, diarreia, náusea, vômito, desidratação e inapetência

- **CASO CONFIRMADO DE DOENÇA PELO CORONAVÍRUS 2019 (COVID-19)**

LABORATORIAL: caso suspeito ou provável com resultado positivo em RT-PCR em tempo real, pelo protocolo *Charité*.



CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO: caso suspeito ou provável com histórico de contato próximo ou domiciliar com caso confirmado laboratorialmente para COVID-19, que apresente febre OU pelo menos um dos sinais ou sintomas respiratórios, nos últimos 14 dias após o contato, e para o qual não foi possível realizar a investigação laboratorial específica.

- **CASO DESCARTADO DE DOENÇA PELO CORONAVÍRUS 2019 (COVID-19)**

Caso que se enquadre na definição de suspeito E apresente resultado laboratorial negativo para SARS-CoV2 OU confirmação laboratorial para outro agente etiológico.

- **CASO EXCLUÍDO DE DOENÇA PELO CORONAVÍRUS 2019 (COVID-19)**

Diante do aumento de registros na base de dados do FORMSUS2, serão classificados como excluídos aqueles que apresentarem duplicidade OU que não se enquadram em uma das definições de caso acima.

- **CASO CURADO DA DOENÇA PELO CORONAVÍRUS 2019 (COVID-19)**

Diante das últimas evidências compartilhadas pela OMS e países afetados, o Ministério da Saúde define que são curados:

- Casos em isolamento domiciliar: casos confirmados que passaram por 14 dias em isolamento domiciliar, a contar da data de início dos sintomas E que estão assintomáticos.
- Casos em internação hospitalar: diante da avaliação médica. Observação: a liberação do paciente deve ser definida de acordo com a equipe de saúde responsável.

Obs: Definições de caso operacionais para a vigilância em saúde pública não são definições clínicas. Os médicos podem identificar situações em que a avaliação clínica pode ser levada em consideração e a sua decisão deve ser registrada na ficha de notificação e no prontuário do paciente.

- ¹⁻ **Febre:** Considera-se febre aquela acima de 37,8° C. Alerta-se que a febre pode não estar presente em alguns casos, como, por exemplo, em pacientes jovens, idosos, imunossuprimidos ou que em algumas situações possam ter utilizado medicamento antitérmico. Nestas situações a avaliação clínica deve ser levada em consideração e a decisão deve ser registrada na Ficha de Notificação.

2. COLETA DE EXAMES LABORATORIAS

Amostra de secreção de oro/nasofaringe (swab combinado): 1 kit com meio de transporte viral, contendo 3 swabs (que devem ser inseridos no mesmo criotubo contendo meio de transporte). Deve ser coletada por profissional capacitado e devidamente paramentado.

Encaminhar para a FUNED para que seja entregue no período de 07h00min às 16h00min, inclusive sábados e domingos. **O material deverá permanecer refrigerado entre 2 e 8°C e ser entregue à Funed em até 72h após a coleta. A Funed não recebe mais amostras acondicionadas em botijão de nitrogênio.**

Obs: Se as amostras coletadas utilizarem o CRIOTUBO, será aberta exceção e poderão ser aceitas no Botijão de Nitrogênio. No entanto, as últimas remessas de kits de coleta foram tubos do tipo FALCON, que de maneira NENHUMA podem ter contato com o botijão de nitrogênio, pois não resistem à temperatura e podem ocasionar acidentes graves.



Devem ser seguidas as orientações para coleta de amostras para diagnóstico de Vírus Respiratórios, conforme Manual de Coleta, acondicionamento e transporte de material biológico para exames laboratoriais, disponível no site da Funed em: funed.mg.gov.br/fichasformularios-manuais-e-terminos-de-coleta-de-amostras.

Cadastrar no GAL (Sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial) como a seguir:

- Em "Finalidade" deve-se selecionar: Investigação
- Em "Descrição" deve-se selecionar: Síndrome Respiratória Aguda Grave Associada ao Coronavírus (SARS-CoV)
- Nome do Paciente: deverá vir cadastrado com a expressão COVID-19 entre parênteses após o nome do paciente no GAL. Exemplo: PACIENTE X (COVID-19).
- Em "Agravado/Doença" a opção é: Influenza/Vírus respiratórios
- A "Amostra" deve ser: **Swab**
- A "Pesquisa" a ser cadastrada é: **Coronavírus (COVID-19)**

Lembramos que todas as requisições devem ser encaminhadas para a rede na aba "triagem" no GAL.

Solicitações de kits de coleta de vírus respiratórios e COVID-19 devem ser feitas somente por e-mail: svr@funed.mg.gov.br.

Para reposição de Kit utilizado não é necessário mandar e-mail.

TRAZER CAIXA E GELOX CONGELADO PARA LEVAR KIT.

Figura 3: Situações com indicação para coleta de amostra e testagem para COVID-19 no momento atual:

Amostras provenientes de unidades sentinelas de Síndrome Gripal (SG) e Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG)

TODOS os casos de SRAG hospitalizados

Profissionais de saúde sintomáticos (neste caso, se disponível, priorizar Teste Rápido e profissionais da assistência direta)

TODOS os óbitos suspeitos

Por amostragem representativa (mínimo de 10% dos casos ou 3 coletas), nos surtos de SG em locais fechados (ex: asilos, unidades do sistema prisional, hospitais, etc)

Obs: Novas unidades sentinelas serão implantadas. O detalhamento virá posteriormente em outra Nota Técnica.

3. NOTIFICAÇÃO DOS CASOS

A doença causada pelo Novo Coronavírus (COVID-19) constitui uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) assim, todo caso é de notificação compulsória **IMEDIATA**, ou seja,



deve ser comunicada por profissional de saúde em até 24 horas a partir da ocorrência de casos suspeitos, conforme determina a Resolução SES/MG n. 6.532/2018.

Sendo assim, teremos situações a serem notificadas que os doentes manifestam quadro de Síndrome Gripal (SG) e outras situações que se enquadram em Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG).

Segundo o Guia de Vigilância em Saúde (2019), tem-se como definições:

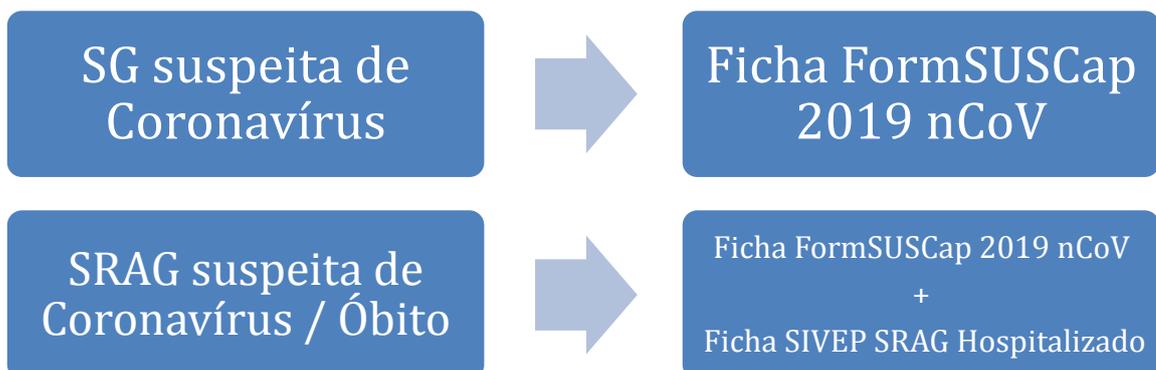
SÍNDROME GRIPAL: indivíduo com febre, mesmo que referida, acompanhada de tosse ou dor de garganta e com início dos sintomas nos últimos 7 dias.

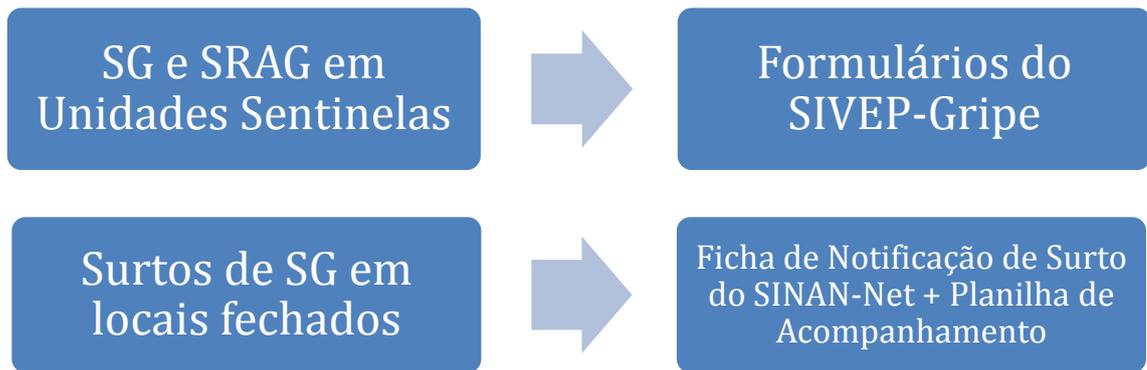
SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE: indivíduo de qualquer idade, internado com SG e que apresente dispneia ou saturação de O₂ < 95% ou desconforto respiratório.

De acordo com a classificação de manejo clínico dos casos de Coronavírus no Protocolo Estadual (disponível em www.saude.mg.gov.br/coronavirus), os casos **LEVES** serão classificados como **Síndrome Gripal** e os casos **GRAVES** e **INTERNADOS** serão classificados como **Síndrome Respiratória Aguda Grave**.

No intuito de direcionar as notificações em Sistemas de Informação oficiais, a recomendação é a que segue:

- **Casos leves** de Síndrome Gripal, suspeitos de COVID-19, deverão ser notificados no FormSUSCap 2019 nCov <https://redcap.saude.gov.br/surveys/?s=3PRKP3CAJ3> utilizando dados do instrumento on line.
- **Casos graves e óbitos** de Síndrome Respiratória Aguda Grave, suspeitos de COVID-19, deverão ser notificados no SIVEP-Gripe utilizando a **Ficha de SRAG Hospitalizado** (modelo de março de 2020 – em anexo) e também preencher o **FormSUSCap 2019 nCov:** <https://redcap.saude.gov.br/surveys/?s=3PRKP3CAJ3>
 - Para envio de amostras clínicas ao LACEN, deverá ser enviada junto com a amostra, a Ficha Individual de SRAG Hospitalizado.
 - Para óbitos verificar Nota Técnica específica da Diretoria de Informações Epidemiológicas
- **Unidades sentinelas:** As unidades sentinelas já existentes e as novas que serão implementadas, deverão seguir a rotina do SIVEP-Gripe, alimentando o sistema em relação a:
 - Casos individuais
 - Atendimentos de Síndrome Gripal
 - Internações
 - Coleta de amostras
- **Surtos de Síndrome Gripal (SG) em comunidades fechadas** – Notificar de forma agregada no módulo de surto do SINAN Net. CID J06.





Anexo I: Ficha de Registro Individual – Casos de SRAG Hospitalizado



MINISTÉRIO DA SAÚDE SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE		SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DA GRIPE		
		Nº _____		
SIVPE Gripe 12/03/2020				
FICHA DE REGISTRO INDIVIDUAL - CASOS DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE HOSPITALIZADO				
CASO DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE (SRAG-HOSPITALIZADO):				
Indivíduo hospitalizado com febre, mesmo que referida, acompanhada de tosse ou dor de garganta e que apresente dispneia ou saturação de O ₂ < 95% ou desconforto respiratório ou que evoluiu para óbito por SRAG independente de internação.				
1	Data do preenchimento da ficha de notificação:		2	Data de 1ºs sintomas da SRAG:
3	UF:	4	Município:	Código (IBGE):
5	Unidade de Saúde:		Código (CNES):	
6 CPF do cidadão: _____				
7 Nome: _____				
8 Sexo: <input type="checkbox"/> 1- Masc. 2- Fem. 9- Ign				
9 Data de nascimento: _____				
10 (ou) Idade: _____				
11 Gestante: <input type="checkbox"/>				
12 Raça/Cor: <input type="checkbox"/> 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9-Ignorado				
13 Se indígena, qual etnia? _____				
14 Escolaridade: <input type="checkbox"/> 0-Sem escolaridade/Analfabeto 1-Fundamental 1º ciclo (1ª a 5ª série) 2-Fundamental 2º ciclo (6ª a 9ª série) 3-Médio (1º ao 3º ano) 4-Superior 5-Não se aplica 9-Ignorado				
15 Nome da mãe: _____				
16 CEP: _____				
17 UF: _____ 18 Município: _____ Código (IBGE): _____				
19 Bairro: _____ 20 Logradouro (Rua, Avenida, etc.): _____ 21 Nº: _____				
22 Complemento (apto, casa, etc...): _____ 23 (DDD) Telefone: _____				
24 Zona: <input type="checkbox"/> 1-Urbana 2-Rural 3-Periurbana 9-Ignorado 25 País: (se residente fora do Brasil) _____				
26 Paciente tem histórico de viagem internacional até 14 dias antes do início dos sintomas? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ign				
27 Se sim: Qual país? _____ 28 Em qual local? _____				
29 Data da viagem: _____ 30 Data do retorno: _____				
31 É caso proveniente de surto de SG que evoluiu para SRAG? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado				
32 Trata-se de caso nosocomial (infecção adquirida no hospital)? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado				
33 Paciente trabalha ou tem contato direto com aves ou suínos? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado				
34 Sinais e Sintomas: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado				
<input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Dor de Garganta <input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Desconforto Respiratório				
<input type="checkbox"/> Saturação O ₂ > 95% <input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Vômito <input type="checkbox"/> Outros _____				
35 Possui fatores de risco/comorbidades? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado				
Se sim, qual(is)? (Marcar X)				
<input type="checkbox"/> Puérpera (até 45 dias do parto) <input type="checkbox"/> Doença Cardiovascular Crônica <input type="checkbox"/> Doença Hematológica Crônica				
<input type="checkbox"/> Síndrome de Down <input type="checkbox"/> Doença Hepática Crônica <input type="checkbox"/> Asma				
<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> Doença Neurológica Crônica <input type="checkbox"/> Outra Pneumopatia Crônica				
<input type="checkbox"/> Imunodeficiência/Imunodepressão <input type="checkbox"/> Doença Renal Crônica <input type="checkbox"/> Obesidade, IMC _____				
<input type="checkbox"/> Outros _____				
36 Recebeu vacina contra Gripe na última campanha? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado 37 Data da vacinação: _____				
Se < 6 meses: a mãe recebeu a vacina? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se sim, data: _____				
a mãe amamenta a criança? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado				
Se >= 6 meses e <= 8 anos:				
Data da dose única 1/1: _____ (dose única para crianças vacinadas em campanhas de anos anteriores)				
Data da 1ª dose: _____ (1ª dose para crianças vacinadas pela primeira vez)				
Data da 2ª dose: _____ (2ª dose para crianças vacinadas pela primeira vez)				



GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
CENTRO DE OPERAÇÕES DE EMERGÊNCIA EM SAÚDE – COES MINAS COVID-19

Dados de Atendimento	38	Usou antiviral para gripe? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	39	Qual antiviral? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-Oseltamivir 2-Zanamivir 3-Outro, especifique: _____	40	Data início do tratamento ____ ____ ____
	41	Houve internação? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	42	Data da internação por SRAG: ____ ____ ____	43	UF de internação: ____
	44	Município de internação: _____			Código (IBGE): ____ ____ ____	
	45	Unidade de Saúde de internação: _____			Código (CNES): ____ ____ ____	
	46	internado em UTI? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	47	Data da entrada na UTI: ____ ____ ____	48	Data da saída da UTI: ____ ____ ____
	49	Uso de suporte ventilatório: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-Sim, invasivo 2-Sim, não invasivo 3-Não 9-Ignorado	50	Raio X de Tórax: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-Normal 2-Infiltrado intersticial 3-Consolidação 4-Misto 5-Outro: 6-Não realizado 9-Ignorado	51	Data do Raio X: ____ ____ ____
	52	Coletou amostra? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	53	Data da coleta: ____ ____ ____	54	Tipo de amostra: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-Secreção de Naso-orofaringe 2-Lavado Broco-alveolar 3-Tecido post-mortem 4-Outra, qual? _____ 9-Ignorado
	Dados Laboratoriais	55	Nº Requisição do GAL: _____			
56		Resultado da IF/outro método que não seja Biologia Molecular: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-Positivo 2-Negativo 3-Inconclusivo 4-Não realizado 5-Aguardando resultado 9-Ignorado	57	Data do resultado da IF/outro método que não seja Biologia Molecular: ____ ____ ____		
58		Agente Etiológico – IF/outro método que não seja Biologia Molecular: Positivo para Influenza? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se sim, qual influenza? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1- Influenza A 2- Influenza B Positivo para outros vírus? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se outros vírus respiratórios qual(is)? (marcar X) <input type="checkbox"/> Vírus Sincial Respiratório <input type="checkbox"/> Parainfluenza 1 <input type="checkbox"/> Parainfluenza 2 <input type="checkbox"/> Parainfluenza 3 <input type="checkbox"/> Adenovírus <input type="checkbox"/> Outro vírus respiratório, especifique: _____				
59		Laboratório que realizou IF/outro método que não seja Biologia Molecular: _____			Código (CNES): ____ ____ ____	
60		Resultado da RT-PCR/outro método por Biologia Molecular: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-Detectável 2-Não Detectável 3-Inconclusivo 4-Não realizado 5-Aguardando resultado 9-Ignorado	61	Data do resultado RT-PCR/outro método por Biologia Molecular: ____ ____ ____		
62		Agente Etiológico – RT-PCR/outro método por Biologia Molecular: Positivo para Influenza? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se sim, qual influenza? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1- Influenza A 2- Influenza B Influenza A, qual subtipo? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-Influenza A(H1N1)pdm09 2-Influenza A/H3N2 3-Influenza A não subtipado 4-Influenza A não subtipável 5-Inconclusivo 6-Outro, especifique: _____ Influenza B, qual linhagem? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-Victoria 2-Yamagata 3-Não realizado 4-Inconclusivo 5-Outro, especifique: _____ Positivo para outros vírus? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se outros vírus respiratórios, qual(is)? (marcar X) <input type="checkbox"/> SARS-CoV-2 <input type="checkbox"/> Vírus Sincial Respiratório <input type="checkbox"/> Parainfluenza 1 <input type="checkbox"/> Parainfluenza 2 <input type="checkbox"/> Parainfluenza 3 <input type="checkbox"/> Parainfluenza 4 <input type="checkbox"/> Adenovírus <input type="checkbox"/> Metapneumovírus <input type="checkbox"/> Bocavírus <input type="checkbox"/> Rinovírus <input type="checkbox"/> Outro vírus respiratório, especifique: _____				
63	Laboratório que realizou RT-PCR/outro método por Biologia Molecular: _____			Código (CNES): ____ ____ ____		
Conclusão	64	Classificação final do caso: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-SRAG por influenza 2-SRAG por outro vírus respiratório 3-SRAG por outro agente etiológico, qual _____ 4-SRAG não especificado		65	Critério de Encerramento: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-Laboratorial 2-Vínculo-Epidemiológico 3-Clinico	
	66	Evolução do Caso: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-Cura 2-Óbito 9-Ignorado	67	Data da alta ou óbito: ____ ____ ____	68	Data do Encerramento: ____ ____ ____
69 OBSERVAÇÕES: _____ _____						
70 Profissional de Saúde Responsável: _____				71 Registro Conselho/Matrícula: ____ ____ ____		



Anexo II: Ficha do FormSUS Cap 2019 nCov:

DISQUE
SAÚDE
136



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



Resize font:
⊕ | ⊞

Ficha de notificação para casos suspeitos de Novo Coronavírus (2019-nCoV)

Critérios clínicos	Critérios epidemiológicos
Febre ¹ e sintomas respiratórios (por exemplo, tosse e dificuldade para respirar)	Nos últimos 14 dias antes do início dos sintomas, histórico de viagem a área com transmissão local* ou Nos últimos 14 dias antes do início dos sintomas, tenha tido contato próximo ² com caso suspeito para 2019-nCoV
Febre ¹ ou sintomas respiratórios (por exemplo, tosse e dificuldade para respirar)	Nos últimos 14 dias, tenha tido contato próximo ² com caso confirmado em laboratório para 2019-nCoV

*As áreas com transmissão local serão atualizadas e disponibilizadas no site do Ministério da Saúde, no link: saude.gov.br/listacorona.

¹ Febre pode não estar presente em alguns casos, como por exemplo, em pacientes jovens, idosos, imunossuprimidos ou que em algumas situações podem ter utilizado medicamento antitérmico. Nestas situações, a avaliação clínica deve ser levada em consideração. ² O contato próximo é definido como: estar a aproximadamente (2 metros), de um paciente com suspeita de caso por novo Coronavírus, dentro da mesma sala ou área de atendimento, por um período prolongado, sem uso de equipamento de proteção individual (EPI). O contato próximo pode incluir cuidar, morar, visitar ou compartilhar uma área ou sala de espera de assistência médica ou ainda nos casos de contato direto com fluidos corporais, enquanto não estiver usando o equipamento de proteção individual recomendado.

Identificação do paciente:

Data da notificação:

 D-M-Y H:M

* must provide value

Número do cartão SUS (CNS):

Não é obrigatório o preenchimento

CPF:

Não é obrigatório o preenchimento

Nome completo do paciente:

* must provide value

Preencher com o nome completo do caso

Gênero:

Masculino Feminino

reset



Data de nascimento:	<input type="text"/>  Today D-M-Y
Idade em anos:	<input type="text"/>
Nome da mãe: <small>* must provide value</small>	<input type="text"/>
Nacionalidade	<input type="text"/>
País de residência: <small>* must provide value</small>	<input type="text"/>
Endereço completo:	<input type="text"/>
CEP residência:	<input type="text"/>
Dados do caso	
Data dos primeiros sintomas:	<input type="text"/>  Today D-M-Y
Selecione os sintomas apresentados	<input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Dor de garganta <input type="checkbox"/> Dificuldade de respirar <input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Náusea/vômitos <input type="checkbox"/> Cefaleia (dor de cabeça) <input type="checkbox"/> Coriza <input type="checkbox"/> Irritabilidade/confusão <input type="checkbox"/> Adinamia (fraqueza) <input type="checkbox"/> Outros
Selecione os sinais clínicos observados:	<input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Exsudato faríngeo <input type="checkbox"/> Convulsão <input type="checkbox"/> Conjuntivite <input type="checkbox"/> Coma <input type="checkbox"/> Dispneia/Taquipneia <input type="checkbox"/> Alteração de ausculta pulmonar <input type="checkbox"/> Alteração na radiologia de tórax <input type="checkbox"/> Outros



Morbidades prévias (selecionar todas morbidades pertinentes):	<input type="checkbox"/> Doença cardiovascular, incluindo hipertensão <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Doença hepática <input type="checkbox"/> Doença neurológica crônica ou neuromuscular <input type="checkbox"/> Imunodeficiência <input type="checkbox"/> Infecção pelo HIV <input type="checkbox"/> Doença renal <input type="checkbox"/> Doença pulmonar crônica <input type="checkbox"/> Neoplasia (tumor sólido ou hematológico)
Paciente foi hospitalizado?	<input checked="" type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe reset
Nome do hospital de internação:	<input type="text"/>
Data da internação hospitalar:	<input type="text"/> Today D-M-Y
Data da alta hospitalar:	<input type="text"/> Today D-M-Y
Data do isolamento:	<input type="text"/> Today D-M-Y
Paciente foi submetido a ventilação mecânica?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe reset
Situação de saúde do paciente no momento da notificação:	<input type="radio"/> Óbito <input type="radio"/> Cura <input type="radio"/> Sintomático <input type="radio"/> Ignorado reset
Foi realizada coleta de amostra do paciente?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe reset
Dados de exposição e viagens	
Paciente tem histórico de viagem para fora do Brasil até 14 dias antes do início dos sintomas?	<input checked="" type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe reset
Foi para Wuhan, na China?	<input checked="" type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe reset
Data da viagem de ida para Wuhan:	<input type="text"/> Today D-M-Y
Data da viagem de volta de Wuhan:	<input type="text"/> Today D-M-Y



Foi para outro local de transmissão?	<input checked="" type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe	reset
Outro local de transmissão, descrever (cidade, região, país):	<input type="text"/>	
Data da viagem de ida para outro local transmissão:	<input type="text"/> Today D-M-Y	
Data da viagem de volta do outro local transmissão:	<input type="text"/> Today D-M-Y	
Descritivo do histórico de deslocamento nos 14 dias antes do início dos sintomas:	<input type="text"/>	Expand
Data da chegada no Brasil:	<input type="text"/> Today D-M-Y	
O paciente teve contato próximo com uma pessoa que seja caso suspeito, provável ou confirmado de Novo Coronavírus (2019-nCoV)?	<input checked="" type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe	reset
Se teve contato com outro caso, favor especificar o local:	<input type="checkbox"/> Unidade de saúde <input type="checkbox"/> Domicílio <input type="checkbox"/> Local de trabalho <input type="checkbox"/> Desconhecido <input type="checkbox"/> Outro	
Nome do caso fonte:	<input type="text"/>	
Esteve em alguma unidade de saúde nos 14 dias antes do início dos sintomas?	<input checked="" type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe	reset
Se frequentou unidade de saúde favor inserir as informações da unidade (Nome, endereço, contato):	<input type="text"/>	
Ocupação do caso suspeito:	<input type="radio"/> Profissional de saúde <input type="radio"/> Estudante da área de saúde <input type="radio"/> Profissional de laboratório <input type="radio"/> Trabalha em contato com animais <input type="radio"/> Outros	reset



Teve contato próximo com animais em áreas afetadas? Sim Não Não sabe [reset](#)

Identificação da unidade notificadora:

Origem da notificação:

Estado de notificação (UF)? * must provide value
Duas letras (Exemplo: AC, BA, DF)

Município de notificação

Nome do notificador:

Profissão ou ocupação:

Telefone de contato do notificador/unidade notificante:

E-mail do notificador/unidade notificadora:

ATENÇÃO!!

SE VOCÊ DESEJA RETORNAR A FICHA, AO TERMINAR O PREENCHIMENTO, CLICAR NO BOTÃO "Save & Return Later"

UM CÓDIGO SERÁ FORNECIDO PARA RETORNAR A FICHA, ANOTE ESSE CÓDIGO E GUARDE EM LOCAL SEGURO.

CASO JÁ TENHA INSERIDO TODAS AS INFORMAÇÕES E NÃO FOR RETORNAR A FICHA CLICAR EM "Submit".

Submit

Save & Return Later