



CASOS SUSPEITOS:

DEFINIÇÃO 1: SÍNDROME GRIPAL (SG): indivíduo com quadro respiratório agudo, caracterizado por sensação febril ou febre, mesmo que relatada, acompanhada de tosse OU dor de garganta OU coriza OU dificuldade respiratória.

EM CRIANÇAS : considera -se também obstrução nasal, na ausência de outro diagnóstico específico.

EM IDOSOS : a febre pode estar ausente. Deve-se considerar também critérios específicos de agravamento como síncope, confusão mental, sonolência excessiva, irritabilidade e inapetência.

DEFINIÇÃO 2: SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE (SRAG): Síndrome Gripal que apresente : dispneia / desconforto respiratório OU Pressão persistente no tórax OU saturação de O₂ menor que 95% em ar ambiente OU coloração azulada dos lábios ou rosto.

EM CRIANÇAS : além dos itens anteriores, observar os batimentos de asa de nariz, cianose, tiragem intercostal, desidratação e inapetência.

Dados Gerais

1 Tipo de Notificação* 2 Tipo de Doença/Agravo 3 Data da Notificação
2 - Individual B34.2: Doença pelo Coronavírus 2019 (COVID-19) ____/____/____
4 UF* 5 Município 6 Estabelecimento de Saúde*

7 Diagnosticos/Primeiras Sintomas*
____/____/____

Notificação Individual

Cartão SUS / CPF * _____

8 Nome: _____

9 Data de Nascimento: ____/____/____ 10 Idade: _____ 11 Sexo: _____

Ocupação profissional: _____

12 Gestante: _____ 13 Raça/Cor*: _____ 14 Escolaridade: _____

16 Nome da Mãe: _____

Dados Residenciais

17 UF*: _____ 18 Município*: _____ 19 Distrito: _____

20 Bairro*: _____ 21 Logradouro*: _____

22 Número: _____ 23 Complemento: _____

26 Ponto de Referência: _____

27 CEP: _____ 28 (DDD) Telefone*: _____ (DDD) Telefone 2: _____

29 Zona*: _____ 30 País*: _____

Antecedentes Epidemiológicos

31 Nos últimos 14 dias, apresentou algum dos seguintes Sinais e Sintomas:

Febre Dificuldade de respirar Batimento da asa de nariz Tiragem intercostal Cianose Saturação O₂ <95%

Coma Tosse Produção de escarro Congestão nasal ou conjuntival Coriza Dor na garganta

Dificuldade para engolir Diarreia Náuseas/vômitos Cefaleia Irritabilidade/confusão Adinâmia (fraqueza)

Exsudato faríngeo Conjuntivite Convulsão Alteração de ausculta pulmonar Dispneia/Taquipneia

Alteração na radiologia de tórax Outros sinais e sintomas importantes _____

32 Nos últimos 14 dias ficou internado: Sim Não Ignorado

33 Data da internação: ____/____/____ 34 Data da Alta: ____/____/____

35 UF da Internação: _____ 36 Município de Internação: _____

37 Unidade de Saúde da Internação: _____

38 Foi internado em Unidade de Terapia Intensiva (UTI)? Sim Não Ignorado

Paciente foi submetido a ventilação mecânica? Sim Não Ignorado

Situação de saúde do paciente no momento da notificação: Sintomático Assintomático

Foi realizada coleta de amostra do paciente? Sim Não Ignorado

39 Data da Internação (UTI): ____/____/____ 40 Data da Alta (UTI): ____/____/____

41 Nos últimos 14 dias, manteve contato próximo de caso suspeito ou confirmado para COVID-19? Sim Não Ignorado

42 Reside ou trabalha no domicílio/ambiente de pessoa que seja suspeito ou confirmado para COVID-19? Sim Não Ignorado

Local: _____ Onde: _____

Nome do caso fonte: _____

Telefone do caso fonte: () _____

Esteve em algum Estabelecimento de Saúde nos últimos 14 dias antes do início dos sintomas? Sim Não Ignorado

Nome do Estabelecimento de Saúde: _____

Endereço: _____

Contato: _____ Ocupação do caso suspeito: _____

Teve contato com animais em áreas afetadas? Sim Não Ignorado

Deslocamentos

43 Nos últimos 14 dias, viajou para município do território brasileiro com transmissão COVID-19? Sim Não Ignorado

44 Informe os municípios visitados: _____

Data de ida da viagem: ____/____/____ Data de volta da viagem: ____/____/____

45 Retornou de viagem internacional nos últimos 14 dias: Sim Não Ignorado

46 Se viajou, informe o(os) país(es) visitado(s): _____

Data de ida: ____/____/____ Data de volta: ____/____/____ Data de chegada ao Brasil: ____/____/____

47 Comorbidades/Fatores de Risco

Doença Pulmonar Crônica Doença Cardiovascular Crônica, incluindo hipertensão Doença Renal Crônica

Doença Hepática Crônica Diabetes Mellitus Imunodeficiência Infecção pelo HIV Tabagismo

Neoplasia (Tumor sólido ou hematológico)

48 Amostra para RT PCR Molecular / COVID-19? (Coletou amostra?) Sim Não Ignorado

Data de ida: ____/____/____ Resultado: Positivo Negativo Inconclusivo Ignorado

49 Teste Rápido para COVID-19? (Coletou amostra?*) Sim Não Ignorado

Data de ida: ____/____/____ Resultado: Positivo Negativo Inconclusivo Ignorado

50 Informe os medicamentos que utilizou:

Conclusão

51 Classificação final: Caso Suspeito Caso Provável Confirmado

52 Critério de Confirmação: Laboratorial Clínico-epidemiológico Clínico

53 Evolução do Caso: Cura Óbito pelo COVID-19 Óbito por outras causas Ignorado

54 Data de Encerramento: ____/____/____

55 Cadastre os contatos domiciliares:

56 Histórico de deslocamento nos 14 dias antes do início dos sintomas:

Identificação da Unidade Notificadora:

Origem da notificação (Estabelecimento): _____

Estado de notificação (UF): _____ Município de notificação: _____

Nome do Notificador: _____

Profissão ou ocupação: _____

Telefone de contato do Notificador / Unidade Notificadora: _____

Email do notificador / Unidade Notificado: _____