|  |  |
| --- | --- |
| MINISTÉRIO DA SAÚDE  SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE | Nº  e-SUS Notifica – MODELO 25/08/2020 |

FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE SG SUSPEITO DE DOENÇA PELO CORONAVÍRUS 2019 – COVID-19 (B34.2)

ATENÇÃO! O campo com \* deve ser preenchido pelo profissional de saúde

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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:**  |M|G| | | **Município de Notificação:**  Formiga | | | | | | | | | | | |
| **IDENTIFICAÇÃO** | **Tem CPF?** (Marcar X)  | |Sim | |Não | | **Estrangeiro:** (Marcar X)  | | Sim | |Não | | | **Profissional de saúde** (Marcar X)  | | Sim |**X**|Não | | | | | **Profissional de segurança** (Marcar X)  | | Sim | |Não | | |
| **Profissão:** | | | | | | | **CPF:** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Cartão SUS:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **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:** |M|G| | | | | **Município de Residência:** Formiga | | | | | | | | |
| **Logradouro:** | | | | | | | | **Número:** | | | **Bairro:** | |
| **Complemento:** | | | | | | | | | | | | |
| **Telefone Celular:** | | | | | | | **Telefone de contato:** | | | | | |
| **DADOS CLÍNICOS EPIDEMIOLÓGICOS** | **\*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  |X|Coletado  | |Concluído | | | **Data da Coleta do Teste:**  | | | | | | **Tipo de Teste:** (Marcar X)  | |RT – PCR  | |Teste rápido – anticorpo  |**X**|Swab para detecção de antígeno  | |Enzimaimunoensaio-ELISA | | | | | **Resultado do teste:**  |\_|Negativo  |\_|Positivo  |\_|Inconclusivo ou  Indeterminado |
| **ENCERRAMENTO** | **Classificação final:** (Marcar X)  |\_|Descartado | |Confirmado Clínico Imagem  |\_|Confirmado Clínico-Epidemiológico | |Confirmado Por Critério Clínico  |\_|Confirmado Laboratorial  |\_|Síndrome Gripal Não Especificada | | | | | | | | | **Evolução do caso:** (Marcar X)  |\_|Cancelado |\_|Internado  |\_|Ignorado |\_|Óbito  |\_|Em tratamento domiciliar |\_|Cura  |\_|Internado em UTI | | | |
| **Data de encerramento:** | | | | | | | |  | | | | | | |
| **Informações complementares e observações** | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |

25/08/2020



Ficha para estabelecimentos comerciais - Rastreamento Covid-19 em população economicamente ativa (PEA) - Formiga/MG

1 - A empresa deverá realizar sorteio aleatório entre todos os profissionais e sortear os nomes de 20% do total de colaboradores.

2 - Em caso de percentual ficar fracionado, deverá ser considerado o próximo número maior inteiro. *(Exemplo: Empresa com 11 funcionários, 20% corresponde a 2,2. Neste caso serão testados três colaboradores)*.

3 - Devem ser excluídos dos testes, os funcionários que estiverem afastados do trabalho por qualquer motivo e/ou que tiveram teste com resultado positivo para a Covid-19 há menos de 90 dias.

Nome do estabelecimento:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CNPJ:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Endereço:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome do responsável:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Contato do responsável: ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de colaboradores da empresa:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Testes a serem realizados:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Lista de todos os colaboradores

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nome** | **CPF** | **Vai realizar o teste?** |
|  |  | ( ) SIM ( ) NÃO |
|  |  | ( ) SIM ( ) NÃO |
|  |  | ( ) SIM ( ) NÃO |
|  |  | ( ) SIM ( ) NÃO |
|  |  | ( ) SIM ( ) NÃO |
|  |  | ( ) SIM ( ) NÃO |
|  |  | ( ) SIM ( ) NÃO |
|  |  | ( ) SIM ( ) NÃO |
|  |  | ( ) SIM ( ) NÃO |
|  |  | ( ) SIM ( ) NÃO |
|  |  | ( ) SIM ( ) NÃO |
|  |  | ( ) SIM ( ) NÃO |
|  |  | ( ) SIM ( ) NÃO |
|  |  | ( ) SIM ( ) NÃO |
|  |  | ( ) SIM ( ) NÃO |
|  |  | ( ) SIM ( ) NÃO |

*Obs.* Caso falte campo para preencher com nome dos trabalhadores, abrir uma nova folha e anexar a esta.