|  |  |
| --- | --- |
| MINISTÉRIO DA SAÚDESECRETARIA 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 ouIndeterminado |
| **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.