



## ATUALIZAÇÃO TÉCNICA AO PROTOCOLO DE INFECÇÃO HUMANA PELO SARS-COV-2 N° 03/2020 – 03/04/2020

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

*Altera as definições de casos operacionais do Protocolo de Infecção Humana pelo SARS-COV-2 (Doença pelo Coronavírus COVID-19)*

**Observação inicial:** A pandemia por COVID-19 é uma situação emergente e em rápida evolução, o Centro de Operações de Emergência em Saúde e o Centro Mineiro de Controle de Doenças e Pesquisa de Vigilância em Saúde (CMC) continuará fornecendo informações atualizadas à medida que estiverem disponíveis. As orientações podem mudar de acordo com novas condutas recomendadas pelo Ministério da Saúde, Organizações Internacionais e avanços científicos.

#### 1. DEFINIÇÕES DE CASOS OPERACIONAIS

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

**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 (com idade menor de 2 anos):** 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):** indivíduo com síndrome gripal que apresente: dispneia/desconforto respiratório **OU** Pressão persistente no tórax **OU** saturação de O<sub>2</sub> < 95% em ar ambiente **OU** coloração azulada dos lábios ou rosto (cianose).

- **Em Crianças:** além dos itens anteriores, observar os batimentos de asa de nariz, cianose, tiragem intercostal, desidratação e inapetência.

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

**Por Critério Laboratorial** – Caso suspeito de SG ou SRAG com teste de:

- **Biologia molecular (RT-PCR em tempo real, detecção do vírus SARS-CoV2):** com resultado detectável para SARS-CoV2. Amostra clínica coletada, preferencialmente até o sétimo dia de início de sintomas.



- **Imunológico (teste rápido ou sorologia clássica para detecção de anticorpos para o SARS-CoV2):** com resultado positivo para anticorpos IgM e/ou IgG. Em amostra coletada após o sétimo dia de início dos sintomas.

**Por critério clínico-epidemiológico** – Caso suspeito de SG ou SRAG com: Histórico de contato próximo ou domiciliar, nos últimos 7 dias antes do aparecimento dos sintomas, com caso confirmado laboratorialmente para COVID-19 **E** para o qual não foi possível realizar a investigação laboratorial específica.

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

Caso suspeito de SG ou SRAG com resultado laboratorial negativo para CORONAVÍRUS (SARS-CoV-2 não detectável pelo método de RT-PCR em tempo real), considerando a oportunidade de coleta **OU** confirmação laboratorial para outro agente etiológico.

## **2. DEFINIÇÕES DE CASOS OPERACIONAIS**

**FEBRE:** Considera-se febre temperatura acima de 37,8°

- 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. Nessas situações, a avaliação clínica deve ser levada em consideração e a decisão deve ser registrada na ficha de notificação.
- Considerar a febre relatada pelo paciente, mesmo não mensurada.

**CONTATO PRÓXIMO DE CASOS SUSPEITOS OU CONFIRMADOS DE COVID-19:** São considerados contatos próximos:

- Uma pessoa que teve contato físico direto (por exemplo, apertando as mãos);
- Uma pessoa que tenha contato direto desprotegido com secreções infecciosas (por exemplo, gotículas de tosse, contato sem proteção com tecido ou lenços de papel usados e que contenham secreções);
- Uma pessoa que teve contato frente a frente por 15 minutos ou mais e a uma distância inferior a 2 metros;
- Uma pessoa que esteve em um ambiente fechado (por exemplo, sala de aula, sala de reunião, sala de espera do hospital etc.) por 15 minutos ou mais e a uma distância inferior a 2 metros;
- Um profissional de saúde ou outra pessoa que cuide diretamente de um caso de COVID-19 ou trabalhadores de laboratório que manipulam amostras de um caso de COVID-19 sem Equipamento de Proteção Individual (EPI) recomendado, ou com uma possível violação do EPI;
- Um passageiro de uma aeronave sentado no raio de dois assentos de distância (em qualquer direção) de um caso confirmado de COVID-19; seus acompanhantes ou cuidadores e os tripulantes que trabalharam na seção da aeronave em que o caso estava sentado.



**CONTATO DOMICILIAR DE CASO SUSPEITO OU CONFIRMADO DE COVID-19:** Uma pessoa que reside na mesma casa/ambiente. Devem ser considerados os residentes da mesma casa, colegas de dormitório, creche, alojamento etc.

### 3. NOTIFICAÇÃO DOS CASOS

**NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA IMEDIATA:** A doença causada pelo 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).

De acordo com a classificação de manejo clínico dos casos de Coronavírus no Protocolo Estadual (disponível em [www.saude.mg.gov.br/coronavirus](http://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.

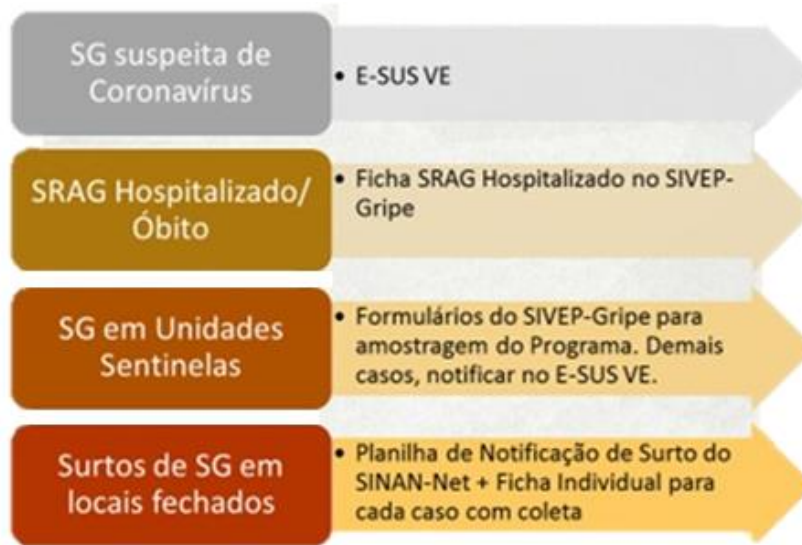
- **Casos leves de Síndrome Gripal**, suspeitos de COVID-19, deverão ser notificados no E-SUS VE: <https://notifica.saude.gov.br/login> utilizando dados do instrumento on line.
- **Casos graves e óbitos de Síndrome Respiratória Aguda Grave:** Se suspeitos de COVID-19, deverão ser notificados no SIVEP-Gripe utilizando a Ficha de SRAG Hospitalizado (modelo de março de 2020 – em anexo). Para envio de amostras clínicas ao LACEN, deverá ser enviada junto com a amostra a mesma ficha.
- **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.

Os casos de Síndrome Gripal detectados nestes serviços também deverão ser notificados no E-SUS VE.

- **Surtos de Síndrome Gripal (SG) em comunidades/instituições fechadas** – Notificar de forma agregada no módulo de surto do SINAN Net. CID J06. Planilha de Notificação de Surto do SINAN-Net + Ficha Individual para cada caso com coleta.

Esquema de notificação para casos suspeitos de COVID-19

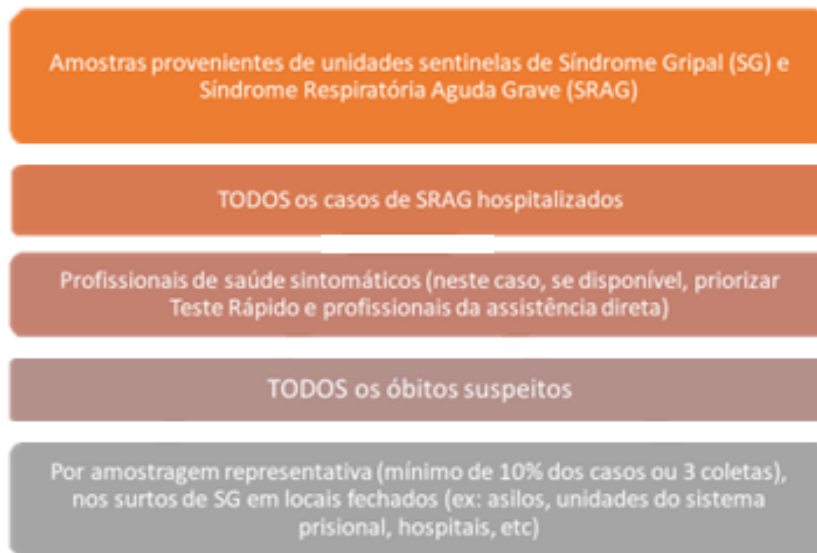
**FIGURA 1 - Esquema de notificação para casos suspeitos de COVID-19**



#### 4. COLETA DE AMOSTRAS PARA EXAMES LABORATORIAS

A equipe de saúde determinará se o paciente atende aos critérios de teste para COVID-19 com base nas Situações com indicação para coleta de amostra e testagem para COVID-19 no momento atual:

FIGURA 2 - SITUAÇÕES COM INDICAÇÃO PARA COLETA DE AMOSTRA E TESTAGEM PARA COVID-19 NO MOMENTO ATUAL:



**TIPO DE AMOSTRA:** Amostra de secreção de orofaringe/nasofaringe (swab combinado): 1 kit com tubo de transporte contendo meio de transporte viral, contendo 2 swabs (que devem ser inseridos no mesmo tubo contendo meio de transporte).

**TEMPO DA COLETA DE AMOSTRA:** A coleta deve ser realizada preferencialmente até o 7º dia de início dos sintomas.

**PROFISSIONAL DE SAÚDE RESPONSÁVEL:** A amostra deve ser coletada por profissional capacitado e devidamente paramentado e com EPIs adequados.



**ORIENTAÇÕES PARA COLETA DE AMOSTRAS:** 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. <http://www.funed.mg.gov.br/wp-content/uploads/2020/04/Manual-de-Coleta-armazenamento-e-transporte-de-amostras-biol%C3%B3gicas.docx-1.pdf>

**ARMAZENAMENTO DA AMOSTRA:** 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.

**DIRETRIZES GERAIS DE REMESSA DA AMOSTRA:** Encaminhar para a FUNED para que seja entregue no período de 07h00min às 16h00min, inclusive sábados e domingos.

**Atenção:** A Funed não irá repor kits para coleta de Vírus respiratórios/Coronavírus no momento da entrega da amostra coletada. Fará somente a distribuição sob demanda com a retirada na Funed. O estoque será gerenciado pelo local demandante. O atendimento será sob demanda, através do preenchimento e envio do formulário de solicitação que será disponibilizado no site, no caminho <http://www.funed.mg.gov.br/vigilancia-epidemiologica/>

**CADASTRO NO SISTEMA GERENCIADOR DE AMBIENTE LABORATORIAL (GAL):** Deve-se seguir os seguintes passos:

- 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 "Agravamento/Doença" a opção é: Influenza/Vírus respiratórios
- A "Amostra" deve ser: *Swab*
- A "Pesquisa" a ser cadastrada é: *Coronavírus (COVID-19)*

**Atenção:** todas as requisições devem ser encaminhadas para a rede na aba "triagem" no GAL

**COLETA POST MORTEM:** Para casos suspeitos de COVID-19, o CDC recomenda a coleta e o teste de swabs nasofaríngeos post-mortem e, se uma autópsia for realizada, amostras respiratórias inferiores. Se o diagnóstico de COVID-19 foi estabelecido antes da morte, a coleta dessas amostras para o teste de COVID-19 pode não ser necessária e deve ser avaliada caso a caso. Orientações sobre a coleta post mortem:

- **Coleta do swab combinado (nasal/oral):** Deve ser coletado imediatamente após a declaração do óbito, mas caso seja necessário, a coleta pode ser feita em até 12 horas após o óbito.
- **Coleta de vísceras do trato respiratório (pós morte):**
  - Devem ser coletados 01 fragmento de cada tecido (pulmão, brônquio e traqueia) com dimensões aproximadas de 1cm.
  - Para exames de PCR em tempo real, devem ser utilizados os frascos de meio de transporte fornecidos pela FUNED, acondicionar os fragmentos e armazenar por até 72 horas após a coleta. Na impossibilidade de utilizar o KIT de coleta, a amostra deve ser enviada imediatamente após a coleta.



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


Colocar as amostras de órgãos diferentes em recipientes separados e devidamente identificados.

- ara exames histopatológicos, acondicionar em frascos de boca larga com formol a 10 %.

- **Outras orientações:** Para outras orientações, recomenda-se a leitura da Nota Técnica nº 9 – Orientações relacionada às Funerárias, Velórios, Sala de Autópsia, Transporte e Cuidados do Corpo após a Morte em Caso de Óbito por COVID-19. Disponível em:  
[https://www.saude.mg.gov.br/images/noticias\\_e\\_eventos/000\\_2020/mar\\_abr\\_m aio/23-03\\_Nota\\_Tecnica\\_COES\\_n-09.pdf](https://www.saude.mg.gov.br/images/noticias_e_eventos/000_2020/mar_abr_m aio/23-03_Nota_Tecnica_COES_n-09.pdf)



ANEXO I: FICHA DE REGISTRO INDIVIDUAL – CASOS DE SRAG HOSPITALIZADO

 MINISTÉRIO DA SAÚDE SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE		Nº _____		
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DA GRIPE 12/03/2020		SIVEP Gripe		
<b>FICHA DE REGISTRO INDIVIDUAL - CASOS DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE HOSPITALIZADO</b>				
<b>CASO DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE (SRAG-HOSPITALIZADO):</b>				
Indivíduo hospitalizado com febre, mesmo que referida, acompanhada de tosse ou dor de garganta e que apresente dispnéia ou saturação de O <sub>2</sub> < 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): _____		
Dados do Paciente	6	CPF do cidadão: _____		
	7	Nome: _____		
	8	Sexo: <input type="checkbox"/> 1- Masc. 2- Fem. 9- Ign		
	9	Data de nascimento: _____	10 (ou) Idade: _____	
			1-Dia 2-Mês 3-Ano _____	
	11	Gestante: <input type="checkbox"/> _____		
		1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4-Idade Gestacional Ignorada 5-Não 6-Não se aplica 9-Ignorado		
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: _____			
Dados de residência	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) _____
Dados Clínicos e Epidemiológicos	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 <sub>2</sub> < 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"/> Síndrome de Down		<input type="checkbox"/> Doença Hepática Crônica		
<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus		<input type="checkbox"/> Doença Neurológica Crônica		
<input type="checkbox"/> Imunodeficiência/Imunodepressão		<input type="checkbox"/> Doença Renal Crônica		
<input type="checkbox"/> Outros _____		<input type="checkbox"/> Doença Hematológica Crônica		
		<input type="checkbox"/> Asma		
		<input type="checkbox"/> Outra Pneumopatia Crônica		
		<input type="checkbox"/> Obesidade, IMC _____		
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"/>   <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"/>   <input type="checkbox"/> 1-Secção 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"/> 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"/>   <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"/> 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"/>   <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"/> 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: ____ ____ ____ ____ ____ ____	