



ATUALIZAÇÃO TÉCNICA AO PROTOCOLO DE INFECÇÃO HUMANA PELO SARS-COV-2 N° 04/2020 – 06/05/2020

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)**
- **Altera versão da atualização publicada no dia 04/05/2020**
- **Retifica as “orientações sobre a utilização de laudos diagnóstico de COVID-19 emitidos por laboratórios privados pela vigilância epidemiológica de Minas Gerais” da Nota Técnica COES MINAS COVID-19 nº 29/2020 – 30/04/2020**

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, Orgãos Internacionais e avanços científicos.

1. DEFINIÇÕES DE CASOS OPERACIONAIS E CRITÉRIOS DE ENCERRAMENTO

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

Definição 1 – Síndrome Gripal (SG): indivíduo com quadro respiratório agudo, caracterizado por sensação febril ou febre¹, 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.

¹ FEBRE: Considera-se febre temperatura acima de 37,8°. Alerta-se que a febre pode não estar presente em alguns casos, 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.

Definição 2 – Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG): indivíduo com síndrome gripal que apresente: dispneia/desconforto respiratório **OU** Pressão persistente no tórax **OU** saturação de O₂<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.
- **Caso SRAG-Hospitalizado:** Indivíduo hospitalizado com Síndrome Gripal que apresente dispneia/desconforto respiratório **OU** pressão persistente no tórax **OU** saturação de O₂ < 95% em ar ambiente **OU** coloração azulada dos lábios ou rosto **OU** que evoluiu para óbito por SRAG independente de internação.

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.

ATENÇÃO

Conforme Nota Técnica COES MINAS COVID-19 Nº 29/2020 – 30/04/2020, os laudos emitidos por todos os laboratórios privados poderão ser utilizados para efetuar o fechamento da investigação epidemiológica de COVID-19, sem a realização de análises adicionais/confirmação pelo Laboratório Central de Saúde Pública de Minas Gerais (LACEN-MG/FUNED).

- **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.

ATENÇÃO

Conforme Nota Técnica COES MINAS COVID-19 Nº 29/2020 – 30/04/2020, no caso dos testes sorológicos, serão aceitos resultados de testes que possuam registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Os resultados positivos serão aceitos para fins epidemiológicos. Entretanto, os resultados negativos, não deverão ser utilizados para descartar os casos suspeitos

Por critério clínico-epidemiológico – Caso suspeito de SG ou SRAG com: Histórico de contato próximo ou domiciliar², 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.

²CONTATO 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.

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 da coleta **OU** confirmação laboratorial para outro agente etiológico.

ATENÇÃO

Conforme Nota Técnica COES MINAS COVID-19 Nº 29/2020 – 30/04/2020, os resultados de testes rápidos/sorológicos negativos, não deverão ser utilizados para descartar os casos suspeitos.

D) CASOS NÃO CLASSIFICADOS

- **Casos de SG com resultado negativo para COVID-19 pelo método Imunológico:** (teste rápido ou sorologia clássica para detecção de anticorpos para o SARS-CoV2): o resultado não reagente deve ser inserido no E-SUS VE, mas NÃO devem ser descartados por causa da baixa especificidade desses testes. Serão registrados e divulgados não mais como suspeitos, mas como **SÍNDROME GRIPAL INESPECÍFICA (J11 do CID-10)**, sempre que disponíveis nos sistemas de registros.

No E-SUS VE, até que o Ministério da Saúde defina a classificação, estes casos permanecerão sem encerramento.

- **Casos de SG sem investigação laboratorial específica para COVID-19:** devem ser registrados sempre que disponíveis nos sistemas de registros e divulgados em todos os meios de comunicações e mídias como **SÍNDROME GRIPAL INESPECÍFICA (J11 do CID-10)**.

No E-SUS VE, até que o Ministério da Saúde defina a classificação, estes casos permanecerão sem encerramento.

2. 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.



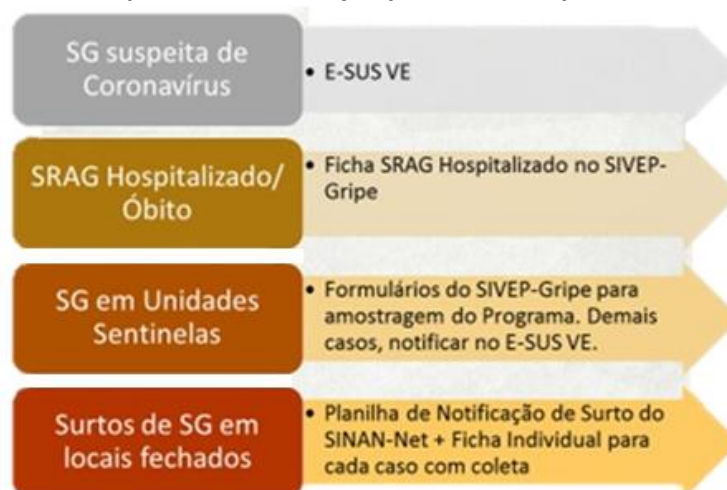
Sendo assim, teremos situações a serem notificadas que os doentes manifestam quadro de Síndrome Gripal (SG) e outras situações que se enquadram em Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG).

De acordo com a classificação de manejo clínico dos casos de Coronavírus no Protocolo Estadual (disponível em www.saude.mg.gov.br/coronavirus), 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:** 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:** 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; Atendimento de Síndrome Gripal; Internações; Coleta de amostras. Os casos de Síndrome Gripal detectados nestes serviços também deverão ser notificados no E-SUS VE.
- **Surto 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.

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



Em relação ao registro dos testes realizados (testes sorológicos e testes rápidos), fica definido o seguinte:

**NOTIFICAÇÕES RELACIONADAS A TESTES RÁPIDOS/SOROLÓGICOS/BIOLOGIA MOLECULAR
(De forma geral, incluindo laboratórios privados, farmácias, serviços de saúde, etc)**

- Notificar o caso no E-SUS VE e preencher as informações do teste (sendo positivo ou negativo); Link de acesso: <http://notifica.saude.gov.br/>



- O laudo pode ser emitido pela plataforma FormSUS através do link:
http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id_aplicacao=55514.

Demais orientações e para testes distribuídos pelo Ministério da Saúde e Secretaria Estadual de Saúde aos municípios, seguir a Nota Técnica COES MINAS COVID-19 Nº 25 – 20/04/2020. Disponível em:
https://www.saude.mg.gov.br/images/noticias_e_eventos/000_2020/mar_abr_maio/20-04-Nota-Tecnica-COES-25.pdf

- **PARA MUNICÍPIOS QUE ADQUIRIRAM TESTES COM RECURSOS PRÓPRIOS, LABORATÓRIOS PRIVADOS, FARMÁCIAS, ETC:** Ao testar assintomáticos deverão ser notificados no E-SUS VE da seguinte maneira:

Em sintomas, marcar “outros” e no campo aberto escrever “assintomático”.

- Situações especiais, incluindo surtos, serão discutidas com a vigilância epidemiológica.

ATENÇÃO

ESTAS ORIENTAÇÕES RETIFICAM A NOTA TÉCNICA COES MINAS COVID-19 Nº 29/2020 – 30/04/2020 (ORIENTAÇÕES SOBRE A UTILIZAÇÃO DE LAUDOS DIAGNÓSTICO DE COVID-19 EMITIDOS POR LABORATÓRIOS PRIVADOS PELA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DE MINAS GERAIS).

3. 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.

A) AMPLIAÇÃO DOS CRITÉRIOS DE COLETA DE EXAMES LABORATORIAIS:

Diante do atual cenário de propagação do COVID-19, a Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (SES-MG), visando a prevenção e atenção às populações privadas de liberdade, bem como aos profissionais de segurança pública do estado, amplia, através desta nota informativa, os critérios de COLETA DE EXAMES LABORATORIAIS, em consonância com o INFORME EPIDEMIOLÓGICO E ASSISTENCIAL COVID-19 (Edição Especial) atualizado e publicado pela SES-MG em 26 de abril de 2020.

Nesse sentido, esta Secretaria de Estado vem ampliar as situações com indicação para coleta de amostra e testagem pela metodologia de Biologia Molecular – RT-PCR para COVID-19 no momento atual, que passam a ser:



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

- A)** Amostras provenientes de unidades sentinelas de Síndrome Gripal (SG) e Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG);
- B)** TODOS os casos de SRAG hospitalizados;
- C)** TODOS os óbitos suspeitos;
- D)** Profissionais de saúde sintomáticos (neste caso, se disponível, priorizar Teste Rápido e profissionais da assistência direta);
- E)** Profissionais de segurança pública sintomáticos (neste caso, se disponível, priorizar Teste Rápido);
- F)** Por amostragem representativa (mínimo de 10% dos casos ou 3 coletas), nos surtos de SG em locais fechados (ex: asilos, hospitais, etc);
- G)** Público privado de liberdade e adolescentes em cumprimento de medida restritiva ou privativa de liberdade, ambos sintomáticos.

OBSERVAÇÃO: Devem ser seguidas **TODAS** as orientações para coleta de amostras para diagnóstico de Vírus Respiratórios conforme documentos e Notas Técnicas disponíveis em:

www.funed.mg.gov.br
www.saude.mg.gov.br/coronavirus

As orientações atualizadas neste documento devem ser seguidas a fim de contribuir no enfrentamento da COVID-19 e acolher as demandas de saúde pública mediante ao atual cenário emergencial.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância Epidemiológica**. Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional pela Doença pelo Coronavírus 2019. Brasília, 03 de abril de 2020.


BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. **Nota Técnica N. 11/2020-DESF/SAPS/MS**. 2020.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. **NOTA TÉCNICA CONJUNTA 01 / 2020: UTILIZAÇÃO E DISTRIBUIÇÃO DE TESTES RÁPIDOS PARA COVID-19**. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **NOTA INFORMATIVA Nº 2/2020-SAPS/MS Assunto: Oferta de testes rápidos para COVID-19**. 2020.



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	
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): _____	
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: _____
			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) _____
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 _____		
Dados Clínicos e Epidemiológicos	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"/> 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: __ __ __ __ __ __



ANEXO II

FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE SG SUSPEITO DE DOENÇA PELO CORONAVÍRUS 2019
(COVID-19) – FICHA DO E-SUS VE



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Nº

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

Definição de caso: indivíduo com quadro respiratório agudo, caracterizado por sensação febril ou febre, mesmo que relatada, acompanhada de tosse OU dor de garganta OU coriza.

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.

UF:	Município de Notificação:		
IDENTIFICAÇÃO	Tem CPF? (Marcar X)	Estrangeiro: (Marcar X)	É profissional de saúde? (Marcar X)
	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	CBO:		CPF: _____
	CNS: _____		
	Nome Completo:		
	Nome Completo da Mãe:		
	Data de nascimento:	País de origem:	
Sexo: (Marcar X)	Passaporte:		
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	_____		
CEP: _____			
UF:	Município de Residência:		
Logradouro:	Número :		
Complemento:		Bairro:	
Telefone Celular: _____		Telefone do contato: _____	
Data da Notificação: _____			
DADOS CLÍNICOS EPIDEMIOLÓGICOS	Sintomas: (Marcar X)		Data do início dos sintomas: _____
	<input type="checkbox"/> Dor de Garganta	<input type="checkbox"/> Dispneia	<input type="checkbox"/> Febre
	<input type="checkbox"/> Tosse	<input type="checkbox"/> Outros	
	Condições: (Marcar X)		
	<input type="checkbox"/> Doenças respiratórias crônicas descompensadas		
	<input type="checkbox"/> Doenças cardíacas crônicas		
	<input type="checkbox"/> Diabetes		
	<input type="checkbox"/> Doenças renais crônicas em estágio avançado (graus 3, 4 e 5)		
	<input type="checkbox"/> Imunossupressão		
	<input type="checkbox"/> Gestante de alto risco		
<input type="checkbox"/> Portador de doenças cromossômicas ou estado de fragilidade imunológica			
Estado do Teste: (Marcar X)	Data da Coleta do Teste:	Tipo de Teste: (Marcar X)	Resultado do teste: (Marcar X)
<input type="checkbox"/> Solicitado	_____	<input type="checkbox"/> Teste rápido – anticorpo	<input type="checkbox"/> Negativo
<input type="checkbox"/> Coletado		<input type="checkbox"/> Teste rápido – antígeno	<input type="checkbox"/> Positivo
<input type="checkbox"/> Concluído		<input type="checkbox"/> RT - PCR	
Classificação final: (Marcar X)	Evolução do caso: (Marcar X)		
	<input type="checkbox"/> Confirmação laboratorial	<input type="checkbox"/> Cancelado	<input type="checkbox"/> Ignorado
	<input type="checkbox"/> Confirmação clínico epidemiológico	<input type="checkbox"/> Cura	<input type="checkbox"/> Internado
<input type="checkbox"/> Descartado	<input type="checkbox"/> Em tratamento domiciliar		<input type="checkbox"/> Óbito
Data de encerramento: _____			

Informações complementares e observações	
Observações Adicionais	



Instrutivo de preenchimento da ficha de notificação de caso de Síndrome Gripal suspeito de doença pelo Coronavírus 2019 – COVID-19 (B34.2)

CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO é aquele cuja ausência de dados impossibilita a inclusão da notificação no e-SUS VE.

- **Nº** (Número da notificação): campo interno gerado automaticamente pelo sistema.
- **UF** (Unidade Federada): corresponde à UF que realizou a notificação; campo interno gerado automaticamente pelo sistema, a partir do operador logado.
- **Município de notificação**: corresponde ao município que realizou a notificação; campo interno gerado automaticamente pelo sistema, a partir do operador logado.
- **Tem CPF?** Informar se o paciente tem CPF (Sim/Não). **CAMPO OBRIGATÓRIO.** Se selecionado “Sim”, preencher campo “CPF”. Se não, preencher os campos “Estrangeiro” (Sim /Não), “CNS” e Nome Completo da Mãe.
- **CPF**: Anotar o CPF do paciente. **CAMPO OBRIGATÓRIO.**
OBS: Ao digitar um CPF, o sistema preenche automaticamente os campos nome completo, data de nascimento, sexo, raça/cor e endereço a partir dos dados da RFB/CNS. Somente o último campo citado poderá ser editado pelo operador.
- **Estrangeiro**: Informar se o paciente é estrangeiro (Sim/Não). **CAMPO OBRIGATÓRIO.**
Se selecionado “Sim”, preencher os campos “País de origem” e “Passaporte”.
- **CNS**: Preencher com o número do Cartão Nacional de Saúde do paciente.
- **País de origem**: Se estrangeiro, informar o país de origem. **CAMPO OBRIGATÓRIO.**
- **Passaporte**: Se estrangeiro, informar o número do passaporte. **CAMPO OBRIGATÓRIO.**
- **É profissional de saúde?** Informar se o paciente é profissional de saúde (Sim/Não). **CAMPO OBRIGATÓRIO.** Se o paciente for profissional de saúde, informar o CBO.
- **CBO**: Selecionar o código/ocupação do paciente quando for profissional de saúde. **CAMPO OBRIGATÓRIO.**
- **Nome Completo**: preencher com o nome completo do paciente (sem abreviações). **CAMPO OBRIGATÓRIO.**



- **Nome Completo da Mãe:** preencher com o nome completo da mãe do paciente (sem abreviações). **CAMPO OBRIGATÓRIO**, se variável “Tem CPF?” for preenchido como não.

- **Data de nascimento:** informar a data de nascimento do paciente (dia/mês/ano). **CAMPO OBRIGATÓRIO.**

- **Sexo:** informar o sexo do paciente (Masculino/Feminino). **CAMPO OBRIGATÓRIO.**

- **Raça/cor:** informar a raça/cor declarada pelo paciente (Branca/Preta/Amarela/Parda/Indígena).

- **CEP:** informar o CEP – código de endereçamento postal do logradouro da residência do paciente. Indivíduo não sabe o CEP, preencher com 00000-000.

- **Logradouro:** Anotar o tipo (avenida, rua, travessa, etc) e o nome completo do logradouro da residência do paciente. Se pessoa em situação de rua, cigano ou análogo: preencher com dados do notificante. Se estrangeiro, preencher com dados do endereço onde esteja hospedado.

- **Número (SN):** preencher com o número do logradouro da residência do paciente. Se não houver, preencher com SN.

- **Complemento:** Anotar o complemento do logradouro (ex. Bloco B, apto 402, lote 25, casa 14, etc).

- **Bairro:** Anotar o nome do bairro de residência do paciente.

- **UF/Estado de residência:** Selecionar a unidade de federação da residência do paciente. **CAMPO OBRIGATÓRIO.**

- **Município de residência:** Selecionar o município de residência do paciente. **CAMPO OBRIGATÓRIO.**

- **Telefone celular:** Informar o telefone celular do paciente. **CAMPO OBRIGATÓRIO.**

- **Telefone de contato:** Informar o telefone celular do paciente.

- **Data da Notificação:** Anotar a data da notificação (data de preenchimento da ficha de notificação). **CAMPO OBRIGATÓRIO.**

- **Sintomas:** Selecionar os sintomas (Dor de garganta, Dispneia, Febre, Tosse e Outros) relatados pelo paciente ou aferido pelo profissional de saúde. Se sintomas “Outros” que não os listados, especificar (campo aberto). **CAMPO OBRIGATÓRIO.**

OBS: Se o paciente for assintomático, porém com resultado positivo para COVID-19, selecionar “Outros”, e preencher com “Assintomático”.

- **Data do início dos sintomas:** informar a data de início dos sintomas relatados pelo paciente. **CAMPO OBRIGATÓRIO.**

30/04/2020.



OBS: Se o paciente for assintomático, porém com resultado positivo para COVID-19, informar a data da notificação.

- **Condições:** selecionar as condições associadas.

- **Estado do teste:** informar se o exame foi solicitado, coletado ou concluído.

Se selecionada a categoria “Coletado”, preencher a data da coleta do teste.

Se selecionada a categoria “Concluído”, preencher os campos “Data da Coleta do Teste”, “Tipo de Teste” e “Resultado do Teste”.

- **Data da coleta do teste:** informar a data da coleta do exame. **CAMPO OBRIGATÓRIO.**

- **Tipo de teste:** Selecionar o teste que foi realizado (Teste rápido – anticorpo, Teste rápido – antígeno, RT-PCR). **CAMPO OBRIGATÓRIO.**

OBS: Caso o paciente tenha resultado positivo ou negativo tanto para teste rápido quanto para RT-PCR, selecionar a opção RT-PCR.

- **Resultado do teste:** Informar se o resultado do exame foi negativo ou positivo para COVID-19. **CAMPO OBRIGATÓRIO.**

- **Classificação final:**

-- Selecionar “**Confirmação laboratorial**”, se o paciente teve resultado positivo para COVID-19;

-- Selecionar “**Confirmação clínico-epidemiológica**”, se não houve realização de exame, mas o paciente relata histórico de contato próximo ou domiciliar, nos últimos 7 dias antes do aparecimento dos sintomas, com caso confirmado laboratorialmente para COVID-19; e

-- Selecionar “**Descartado**”, se o exame foi negativo para COVID-19.

- **Evolução do caso:** Informar a evolução do caso, independentemente do resultado do teste e da classificação final do paciente.

OBS: A categoria “Cancelado” significa excluir ficha.

- **Data de encerramento:** Informar a data do encerramento. **CAMPO OBRIGATÓRIO,** se o campo “Evolução do caso” for preenchido.