



Nota Técnica COES MINAS COVID-19 Nº 48/2020 – 16/06/2020

ORIENTAÇÕES SOBRE A CLASSIFICAÇÃO DE ÓBITOS POR COVID-19 NO SIVEP-GRIPE

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, Órgãos Internacionais e avanços científicos.

1. ORIENTAÇÃO GERAL

A partir de junho de 2020, a **classificação** e **encerramento** dos óbitos por COVID-19 será de responsabilidade das Unidades Regionais de Saúde (URS) com os municípios de sua área de abrangência.

2. CRITÉRIOS DE CLASSIFICAÇÃO FINAL/ENCERRAMENTO DE CASOS

Na conclusão dos casos nas fichas de SRAG (Síndrome Respiratória Aguda Grave) constam as seguintes opções de classificação:

- a. SRAG por Influenza
- b. SRAG por outro vírus respiratório
- c. SRAG por outro agente etiológico
- d. SRAG não especificada
- e. SRAG por COVID-19

Os óbitos deverão ser classificados por **critério laboratorial** ou **vínculo epidemiológico** ou **clínico epidemiológico** e encerrados oportunamente.

3. ÓBITO CONFIRMADO POR DOENÇA PELO CORONAVÍRUS 2019 (COVID-19)

Óbito que preenche critério de suspeição de SRAG **com resultado laboratorial** positivo para CORONAVÍRUS (SARSCoV-2):

- a. **Biologia molecular** (RT-PCR em tempo real, detecção do vírus SARS-CoV-2): com resultado **detectável** para SARS-CoV2. Amostra clínica coletada em tempo oportuno ou imediatamente pós-mortem.
- b. **Imunológico** (teste rápido ou sorologia para detecção de anticorpos para o SARS-CoV2): com resultado **REAGENTE/positivo** para anticorpos IgM, IgA e/ou IgG.

Para os óbitos confirmados na Declaração de óbito deve constar o CID B 34.2 na



causa básica e o CID U07.1 (Marcador para resultado laboratorial positivo).

4. ÓBITO DESCARTADO POR DOENÇA PELO CORONAVÍRUS 2019 (COVID-19)

- a. Óbito que preenche critério de suspeição de SRAG com resultado laboratorial negativo para CORONAVÍRUS (SARSCoV-2 não detectável pelo método de RT-PCR em tempo real), **OU** confirmação laboratorial para outro agente etiológico **E** que não possua vínculo epidemiológico direto a caso confirmado laboratorialmente.
- b. Óbito por outras causas (Trauma, Acidente de trânsito, Violência e similares) que **NÃO** preenche critério de suspeição de SRAG mesmo que haja detecção de infecção por SARS-COV-2 pelo método de RT-PCR em tempo real ou outro exame laboratorial positivo/reactivo.

Para os óbitos que forem descartados na Declaração de Óbito deve constar o CID U04.9 na causa básica.

ATENÇÃO

Testes imunológicos, incluindo Testes Rápidos, negativos (Não Reagente) **NÃO** devem ser utilizados isoladamente para descartar o caso de óbitos por COVID-19.

5. ÓBITO POR SRAG NÃO ESPECIFICADA

Caso que preenche critério de suspeição de SRAG, sem coleta de amostra ou com resultado inconclusivo, com clínica e evolução compatível e sem etiologia confirmada para outra patologia.

Estes óbitos deverão ser investigados através do **FORMULÁRIO DE INVESTIGAÇÃO DE ÓBITOS (ANEXO 1)** para serem classificados.

6. ÓBITO CONFIRMADO POR DOENÇA PELO CORONAVÍRUS 2019 (COVID-19) POR CRITÉRIO VINCULO EPIDEMIOLÓGICO OU CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO

Caso que preenche critério de SRAG, sem coleta de amostra, com clínica compatível e história de contato próximo ou domiciliar, nos últimos 7 dias antes do aparecimento dos sintomas, com caso confirmado laboratorialmente para COVID-19.

7. NOTIFICAÇÃO DOS ÓBITOS

Notificação Compulsória Imediata: A doença causada pelo Coronavírus (COVID-19) constitui uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) assim, todo óbito é de notificação compulsória IMEDIATA, ou seja, deve ser



comunicado por profissional de saúde em até 24 horas a partir da ocorrência de óbitos suspeitos, conforme determina a Resolução SES/MG n. 6.532/2018. Os óbitos suspeitos deverão ser comunicados no telefone do plantão do CIEVS Minas – 31.99744 6983, e/ou no e-mail: notifica.se@saude.mg.gov.br

Notificação e encerramento no SIVEP-Gripe: As Unidades Regionais juntamente com seus municípios de abrangência deverão classificar e encerrar os óbitos ocorridos no seu território no sistema SIVEP-Gripe, sistema oficial de registro dos casos graves (SRAG hospitalizado) e óbitos por COVID-19.

O prazo para encerramento dos casos de óbito no SIVEP-Gripe deverá ocorrer em até **72 horas** após o resultado do exame laboratorial. Para os casos sem coleta onde será necessário investigação epidemiológica (com preenchimento do formulário de investigação de óbito por COVID-19, o prazo poderá se estender, até 30 dias, sendo este o prazo considerado oportuno no banco SIVEP-Gripe.

Até que os dados do município estejam atualizados no SIVEP-Gripe, todos os óbitos deverão ser consolidados em uma planilha (modelo já disponível para as Unidades Regionais). A planilha será encaminhada para o CIEVS Minas, diariamente, até às 14 horas. O CIEVS Minas enviará para o COES o consolidado de todo o estado para publicação no Boletim Epidemiológico, sempre no dia subsequente.

Para a classificação final de óbito suspeito por COVID-19, as Regionais deverão ter em mãos a Declaração de Óbito (DO); a ficha de notificação de SRAG – Síndrome Respiratória Aguda Grave (ANEXO 2 - modelo de 14/05/20) do SIVEP-Gripe e o resultado do exame laboratorial.

Diariamente, deverão ser realizadas análises de inconsistência e exclusão de duplicidades.

Para outras informações, acesse:
<https://www.saude.mg.gov.br/coronavirus/>



ANEXO I – Formulário de Investigação Epidemiológica do Óbito por COVID-19

FORMULÁRIO DE INVESTIGAÇÃO DE ÓBITO POR COVID-19, MINAS GERAIS, 2020.

Unidade de Saúde/Hospital: _____ CNES: _____
Município: _____ Unidade Regional de Saúde _____
Nº do prontuário: _____ Data da investigação: ____/____/____

DADOS IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: _____
Nº cartão SUS: _____ Data de nascimento: ____/____/____ Idade: _____ (D)(M)(A)
Sexo: () Masculino () Feminino **Se sexo feminino, gestante?:** () sim () não () não sei **Idade Gestacional:** _____
Raça/cor: () Branca () Preta () Amarela () Parda **Etnia:** () Indígena **Tribo:** _____
Nome da mãe: _____
Endereço de residência: _____ Número: _____
Bairro/Localidade: _____ Município de residência: _____
Distrito: _____ Zona: () Urbana () Periurbana () Rural
Telefone(s): _____
Ocupação: _____
Local de trabalho: _____
Bairro/Localidade: _____ Município: _____
Distrito: _____ Zona: () Urbana () Periurbana () Rural

DADOS DO ÓBITO

Data do óbito: ____/____/____ Número da Declaração de Óbito _____
Local de ocorrência do óbito: _____
Nome do serviço de saúde: _____
CNES: _____ Município de ocorrência: _____
Causas da morte - Parte I
A- _____
B- _____
C- _____
D- _____
Causas da morte - Parte II

DADOS CLÍNICOS

Data de início dos sinais e sintomas: ____/____/____
Serviços onde o paciente foi atendido: () Público () Privado **Tipo de serviço:** () Atenção Primária () Ambulatório
() Unidade de Pronto Atendimento (UPA) Policlínica () Consultório () Unidade Hospitalar
Serviço:
Nome: _____ Município: _____ Houve Internação?: () Sim () não Data: ____/____/____
Nome: _____ Município: _____ Houve Internação?: () Sim () não Data: ____/____/____
Nome: _____ Município: _____ Houve Internação?: () Sim () não Data: ____/____/____
Nome: _____ Município: _____ Houve Internação?: () Sim () não Data: ____/____/____

Sinais e sintomas (assinalar com (X))

() febre () calafrios () batimento de aleta nasal
() cefaleia () saturação de O₂ < 95% () anorexia
() hipotensão () mialgia/artralgia () náusea



- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> gânglios linfáticos aumentados | <input type="checkbox"/> alteração do paladar | <input type="checkbox"/> uso de musculatura acessória (tiragem intercostal) |
| <input type="checkbox"/> tosse seca | <input type="checkbox"/> dificuldade para deglutir | |
| <input type="checkbox"/> coriza | <input type="checkbox"/> diarreia | |
| <input type="checkbox"/> desconforto respiratório | <input type="checkbox"/> manchas vermelhas pelo corpo | |
| <input type="checkbox"/> dispnéia | <input type="checkbox"/> irritabilidade | |
| <input type="checkbox"/> cianose | <input type="checkbox"/> confusão mental | |
| <input type="checkbox"/> alteração do olfato | <input type="checkbox"/> adnamia(fraqueza) | |
| <input type="checkbox"/> vômitos – aspecto: _____ | <input type="checkbox"/> escala de GLASGOW _____ | |
| <input type="checkbox"/> Outros _____ | | |

COMORBIDADES

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Idade \geq a 60 anos | <input type="checkbox"/> Asma moderada/grave | <input type="checkbox"/> Doença neurológica crônica |
| <input type="checkbox"/> Insuficiência cardíaca | <input type="checkbox"/> Doença hepática crônica | <input type="checkbox"/> Hipertensão arterial sistêmica |
| <input type="checkbox"/> Arritmia cardíaca | <input type="checkbox"/> DPOC | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus |
| <input type="checkbox"/> Imunodeficiência | <input type="checkbox"/> Doença renal crônica | <input type="checkbox"/> Paciente institucionalizado |
| <input type="checkbox"/> Doença Cardiovascular Crônica | <input type="checkbox"/> Neoplasia | |
| <input type="checkbox"/> Tabagismo | <input type="checkbox"/> Morador de rua/andarilho | |
| <input type="checkbox"/> Puérpera (até 42 dias pós-parto) | <input type="checkbox"/> Tipo de parto _____ Data: __/__/_____ | |
| <input type="checkbox"/> Gestação de alto risco(motivo): _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Obesidade (IMC) _____ | <input type="checkbox"/> Outros: _____ | |

PROCEDIMENTOS INVASIVOS

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Traqueostomia | <input type="checkbox"/> Dreno de tórax | <input type="checkbox"/> Punção venosa central |
| <input type="checkbox"/> Pressão intra-arterial(PIA) | <input type="checkbox"/> Sondagem vesical | <input type="checkbox"/> Sondagem nasogástrica |

COMPLICAÇÕES NA INTERNAÇÃO

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Alterações renais | <input type="checkbox"/> Úlceras de decúbito | <input type="checkbox"/> Choque séptico |
| <input type="checkbox"/> Distúrbios de coagulação | <input type="checkbox"/> Alterações neurológicas | <input type="checkbox"/> Hiperglicemia |
| <input type="checkbox"/> Parada Cardiorrespiratória anterior com reanimação | | |
| <input type="checkbox"/> Outros (quais)? _____ | | |

Uso de Antiviral:

Nome do medicamento: _____ Data de início: __/__/_____

Uso de Antibiótico:

Nome do medicamento: _____ Data de início: __/__/_____

Uso de outros fármacos: Cloroquina

Data de início: __/__/_____

Uso de suporte ventilatório:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Cateter nasal | <input type="checkbox"/> Máscara facial | <input type="checkbox"/> ventilação não invasiva |
| <input type="checkbox"/> Ventilação mecânica | | |

INFORMAÇÕES EPIDEMIOLÓGICAS

Recebeu vacina de influenza em 2020? Sim Não Se sim, qual data? __/__/_____

Viagem nos últimos 15/30 dias? Sim Não

Se sim, para qual Cidade? _____ País: _____

Contato próximo com caso suspeito de COVID-19

Nome: _____ Vínculo/Parentesco: _____

Tipo de contato: _____ Tempo de contato: _____

Município de Residência: _____

Contato com caso confirmado de COVID-19

Nome: _____ Vínculo/Parentesco: _____

Tipo de contato: _____ Tempo de contato: _____

Município de Residência: _____



INFORMAÇÕES LABORATORIAIS

Coleta de SWAB nasofaríngeo para RT-PCR: Data da coleta : ___/___/_____

Laboratório: _____ Resultado: () Detectável () Não detectável

Coleta de teste rápido

Data da coleta: ___/___/_____ Laboratório: _____

Resultado: () Detectável () Não detectável

IGG: () Reagente () Não reagente IGM () Reagente () Não reagente

Realizado cultura com outras amostras?

Data da coleta: ___/___/_____

Laboratório: _____ Resultado: () Detectável () Não detectável

EXAME DE IMAGEM

Tomografia Computadorizada de tórax: Data: ___/___/_____ Laudo: _____

Tomografia Computadorizada outro sítio: Data: ___/___/_____ Laudo: _____

Raio-X Tórax: Data: ___/___/_____ Laudo: _____

Outros: Data: ___/___/_____ Laudo: _____

CONCLUSÃO

Classificação do caso em investigação para COVID-19: () provável () confirmado () descartado

Se descartado para COVID-19, qual diagnóstico final do caso?

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

D. O. APÓS INVESTIGAÇÃO

Causas da morte - Parte I

A- _____

B- _____

C- _____

D- _____

Causas da morte - Parte II

DADOS DO NOTIFICADOR

Nome: _____ Profissão: _____

Contato: _____



ANEXO II – Ficha de Notificação de SRAG (Modelo: 14/05/2020)



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

SIVEP Gripe
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DA GRIPE
14/05/2020

Nº

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 O₂ < 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 1 ^{os} 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 _____	
	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	Ocupação: _____	16	Nome da mãe: _____	
Dados de residência	17	CEP: _____ - _____		
	18	UF: _____	19 Município: _____	
			Código (IBGE): _____	
	20	Bairro: _____	21 Logradouro (Rua, Avenida, etc.): _____	
			22 Nº: _____	
23	Complemento (apto, casa, etc...): _____			
24	(DDD) Telefone: _____			
25	Zona: <input type="checkbox"/> 1-Urbana 2-Rural 3-Periurbana 9-Ignorado	26	País: (se residente fora do Brasil) _____	
27	Paciente tem histórico de viagem internacional até 14 dias antes do início dos sintomas? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ign			
28	Se sim: Qual país? _____	29	Em qual local? _____	
30	Data da viagem: _____	31	Data do retorno: _____	
32	É caso proveniente de surto de SG que evoluiu para SRAG? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado			
33	Trata-se de caso nosocomial (infecção adquirida no hospital)? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado			
34	Paciente trabalha ou tem contato direto com aves, suínos, ou outro animal? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não <input type="checkbox"/> 3- Outro, qual _____ 9-Ignorado			
Dados Clínicos e Epidemiológicos	35 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"/> Dor abdominal <input type="checkbox"/> Fadiga <input type="checkbox"/> Perda do olfato <input type="checkbox"/> Perda do paladar <input type="checkbox"/> Outros _____			
	36 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"/>	Asma
	<input type="checkbox"/>	Imunodeficiência/Imunodepressão	<input type="checkbox"/>	Doença Neurológica Crônica
	<input type="checkbox"/>	Outros _____	<input type="checkbox"/>	Outra Pneumopatia Crônica
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Obesidade, IMC _____
	37	Recebeu vacina contra Gripe na última campanha? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	38	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)				



Dados de Atendimento	39	Usou antiviral para gripe? <input type="checkbox"/>	40	Qual antiviral? <input type="checkbox"/> 1-Oseltamivir 1-Sim 2-Não 9-Ignorado 2-Zanamivir 3-Outro, especifique: _____	41	Data início do tratamento _ _ _ _ _
	42	Houve internação? <input type="checkbox"/>	43	Data da internação por SRAG: _ _ _ _ _	44	UF de internação: _
	45	Município de internação: _____	Código (IBGE): _ _ _ _ _ _ _ _			
	46	Unidade de Saúde de internação: _____	Código (CNES): _ _ _ _ _ _ _ _			
	47	Internado em UTI? <input type="checkbox"/>	48	Data da entrada na UTI: _ _ _ _ _	49	Data da saída da UTI: _ _ _ _ _
	50	Uso de suporte ventilatório: _ _ 1-Sim, invasivo 2-Sim, não invasivo 3-Não 9-Ignorado	51	Raio X de Tórax: <input type="checkbox"/> 1-Normal 2-Infiltrado intersticial 3-Consolidação 4-Misto 5-Outro: _____ 6-Não realizado 9-Ignorado	52	Data do Raio X: _ _ _ _ _
	53	Aspecto Tomografia <input type="checkbox"/> 1-Típico COVID-19 2-Indeterminado COVID-19 3-Atípico COVID-19 4-Negativo para Pneumonia 5-Outro _____ 6-Não realizado 9-Ignorado	54	Data tomografia: _ _ _ _ _		
	55	Coletou amostra <input type="checkbox"/>	56	Data da coleta: _ _ _ _ _	57	Tipo de amostra: <input type="checkbox"/> 1-Secreção de Naso-orofaringe 2-Lavado Bronco-alveolar 3-Tecido <i>post-mortem</i> 4-Outra, qual? _____ 5-LCR 9-Ignorado
	Dados Laboratoriais	58	Nº Requisição do GAL: _____		59	Tipo do Teste antigênico: _ _ 1-Imunofluorescência (IF) 2-Teste rápido antigênico
		60	Data do resultado teste Antigênico: _ _ _ _ _		61	Resultado do Teste antigênico: <input type="checkbox"/> 1-positivo 2-Negativo 3- Inconclusivo 4-Não realizado 5-Aguardando resultado 9-Ignorado
62		Laboratório que realizou o Teste antigênico: _____			Código (CNES): _ _ _ _ _ _ _ _	
63		Agente Etiológico - Teste antigênico: Positivo para Influenza? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se sim, qual influenza? <input type="checkbox"/> 1- Influenza A 2- Influenza B Positivo para outros vírus? <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 Sincicial 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: _____				
64		Resultado da RT- PCR/outra método por Biologia Molecular: <input type="checkbox"/>		65	Data do resultado RT-PCR/outra método por Biologia Molecular: _ _ _ _ _ _	
1-Detectável 2-Não Detectável 3-Inconclusivo 4-Não realizado 5-Aguardando resultado 9-Ignorado						
66		Agente Etiológico - RT-PCR/outra método por Biologia Molecular: Positivo para Influenza? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se sim, qual influenza? <input type="checkbox"/> 1- Influenza A 2- Influenza B Influenza A, qual subtipo? <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"/> 1-Victoria 2-Yamagata 3-Não realizado 4-Inconclusivo 5-Outro, especifique: _____ Positivo para outros vírus? <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 Sincicial 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: _____				
67		Laboratório que realizou RT-PCR/outra método por Biologia Molecular: _____			Código (CNES): _ _ _ _ _ _ _ _	
68		Tipo de amostra sorológica: <input type="checkbox"/> 1- Sangue/plasma/soro 2-Outra, qual? _____ 9-Ignorado			69	Data da coleta: _ _ _ _ _
70		Tipo de Sorologia: <input type="checkbox"/> 1-Teste rápido 2-Elisa 3- Quimiluminescência 4- Outro, qual? _____ Teste Sorológico para SARS-CoV-2 <input type="checkbox"/> IgG <input type="checkbox"/> IgM <input type="checkbox"/> IgA 1-Positivo 2-Negativo 3- Inconclusivo 4-Não realizado 5-Aguarda resultado 9-Ignorado			71	Data do resultado: _ _ _ _ _
Conclusão	72	Classificação final do caso: <input type="checkbox"/> 1-SRAG por influenza 2-SRAG por outro vírus respiratório 3-SRAG por outro agente etiológico, qual 4-SRAG não especificado 5-SRAG por COVID-19		73	Critério de Encerramento: <input type="checkbox"/> 1-Laboratorial 2-Vínculo Epidemiológico 3-Clinico 4- Clínico epidemiológico	
	74	Evolução do Caso: <input type="checkbox"/> 1-Cura 2-Óbito 9-Ignorado		75	Data da alta ou óbito: _ _ _ _ _ _	
	76	Data do Encerramento: _ _ _ _ _ _				
77	Número D.O: _ _ _ _ _ _ _ _ - _ _					
78	OBSERVAÇÕES:					
79	Profissional de Saúde Responsável: _____			80	Registro Conselho/Matrícula: _ _ _ _ _ _ _ _	