



ATUALIZAÇÃO TÉCNICA AO PROTOCOLO DE INFECÇÃO HUMANA PELO SARS-COV-2 N° 06/2020 – 20/07/2020

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

Principais alterações e modificações:

- **Altera a definição de caso de Síndrome Gripal (SG) e os critérios de confirmação dos casos;**
- **Modifica a classificação por critério clínico-epidemiológico e o registro dos testes;**
- **Acrescenta indivíduos com comorbidades, idosos com idade igual ou superior a 60 anos e populações ou grupos sociais de alta vulnerabilidade (indígenas, quilombolas, ciganos, circenses e população em condições de rua), sintomáticos, para coleta de amostra laboratorial (RT-PCR).**

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. 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 pelo menos **dois (2) dos seguintes sinais e sintomas:** febre¹ (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.

ATENÇÃO: Na suspeita de COVID-19, a febre pode estar ausente e sintomas gastrointestinais (diarreia) podem estar presentes.

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 SG que apresente: dispneia/desconforto respiratório **OU** pressão persistente no tórax **OU** saturação de O₂ menor que 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, tiragem intercostal, sinais de esforço respiratório, desidratação e inapetência.



- Para efeito de notificação no Sivep-Gripe, devem ser considerados os casos de SRAG hospitalizados ou os óbitos por SRAG independente de hospitalização.

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, entre o terceiro até o sétimo dia de início de sintomas.

ATENÇÃO

Conforme Nota Técnica COES MINAS COVID-19 Nº 38/2020 – 19/05/2020, 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:** resultado **REAGENTE** para anticorpos IgA, IgM e/ou IgG*_realizado pelos seguintes métodos: Ensaio Imunoenzimático – ELISA; Imunocromatografia – Teste Rápido (TR) para detecção de anticorpos; Imunoensaio por Eletroquimioluminescência – ECLIA ou Quimioluminescência em amostra coletada a partir do oitavo dia de início dos sintomas **OU** resultado **REAGENTE** para pesquisa de antígeno por Imunocromatografia.

***Observação:** Considerar o resultado IgG reagente como critério laboratorial confirmatório somente em indivíduos sem diagnóstico laboratorial anterior para COVID-19.

ATENÇÃO

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 de SG ou SRAG com histórico de contato próximo² ou domiciliar, **nos 14 dias anteriores ao aparecimento dos sinais e sintomas** com caso confirmado laboratorialmente para COVID-19 e para o qual não foi possível realizar a confirmação laboratorial.

²CONTATO PRÓXIMO DE CASOS SUSPEITOS OU CONFIRMADOS DE COVID-19

Para COVID-19, um contato próximo é definido como qualquer indivíduo que esteja a menos de 2,0 (dois) metros de uma pessoa infectada por pelo menos 15 minutos, a partir de 2 dias antes do início da doença (ou, para pacientes assintomáticos, 2 dias antes da coleta positiva da amostra) até o tempo em que o paciente está isolado (*Center for Disease Control and Prevention, 2020*).

Podemos considerar ainda, contato próximo, como:

- 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 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 2,0 (dois) 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.

Por critério clínico- imagem*: Caso de SG ou SRAG ou óbito por SRAG que não foi possível confirmar por critério laboratorial E que apresente pelo menos uma (1) das seguintes alterações tomográficas:

- **OPACIDADE EM VIDRO FOSCO** periférico, bilateral, com ou sem consolidação ou linhas intralobulares visíveis ("pavimentação"), **OU**
- **OPACIDADE EM VIDRO FOSCO** multifocal de morfologia arredondada com ou sem consolidação ou linhas intralobulares visíveis ("pavimentação"), **OU**
- **SINAL DE HALO REVERSO OU** outros achados de pneumonia em organização (observados posteriormente na doença).

***Observação:** segundo o Colégio Brasileiro de Radiologia (2020), quando houver indicação de tomografia, o protocolo é de uma Tomografia Computadorizada de Alta Resolução (TCAR), se possível com protocolo de baixa dose. O uso de meio de contraste endovenoso, em geral, não está indicado, sendo reservado para situações específicas a serem determinadas pelo radiologista.

Por critério clínico: Caso de SG ou SRAG associado a anosmia (disfunção olfativa) OU ageusia (disfunção gustatória) aguda sem outra causa pregressa, e que não foi possível encerrar por outro critério de confirmação.

ATENÇÃO

O encerramento por critério laboratorial deve ser priorizado, uma vez que a testagem está disponível para vários grupos atualmente. **Para fins de confirmação de óbitos, o critério clínico não será aceito.**

Por critério laboratorial em indivíduo assintomático: Indivíduo **ASSINTOMÁTICO** com resultado de exame:

- **BIOLOGIA MOLECULAR:** resultado DETECTÁVEL para SARS-CoV-2 realizado pelo método RT-PCR em tempo real.
- **IMUNOLÓGICO:** resultado REAGENTE para IgA, IgM e/ou IgG realizado pelos seguintes métodos: o Ensaio imunoenzimático (Enzyme-Linked Immunosorbent Assay - ELISA); o Imunocromatografia (teste rápido); Imunoensaio por Eletroquimioluminescência – ECLIA; Quimioluminescência OU resultado REAGENTE para pesquisa de antígeno por Imunocromatografia.

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 ou causa não infecciosa (Ex: intoxicação, hipersensibilidade, etc) quando os sinais e/ou sintomas desaparecerem por método terapêutico específico e atestado pelo médico responsável, sem vínculo epidemiológico.

Observações: O registro de casos descartados de SG para COVID-19 deve ser feito no E-SUS Notifica, bem como o registro de casos descartados de SRAG deve ser feito no SIVEP-Gripe.

ATENÇÃO

Os resultados de testes rápidos/sorológicos negativos, não deverão ser utilizados isoladamente para descartar os casos suspeitos.

D) CASOS DE SÍNDROME GRIPAL (SG) OU SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE (SRAG) NÃO ESPECIFICADA:

Caso de SG ou de SRAG para o qual não houve identificação de nenhum outro agente etiológico OU que não foi possível coletar/processar amostra clínica para diagnóstico laboratorial OU que não foi possível confirmar por critério clínico-epidemiológico, clínico-imagem ou clínico.

E) CASOS RECUPERADOS

Casos **confirmados de COVID-19** que receberam alta hospitalar e/ou cumpriram o isolamento domiciliar de **10 dias E** estão **há 72h assintomáticos** (sem a utilização de medicamentos sintomáticos) E sem intercorrências.

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**.

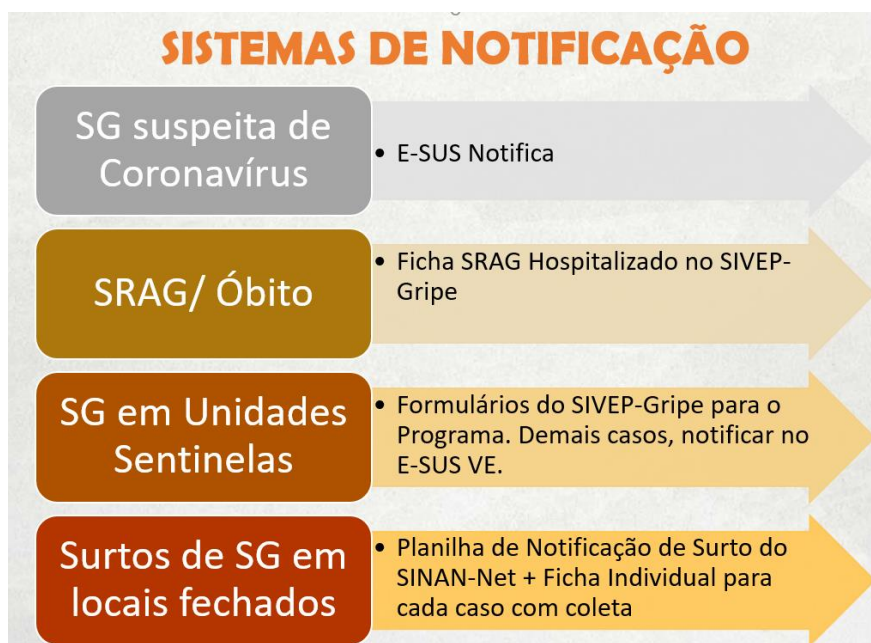
- **Casos leves de Síndrome Gripal:** Deverão ser notificados no E-SUS Notifica:
<https://notifica.saude.gov.br/login>
 - **Suporte ao notificador E-SUS Notifica:** <https://datasus.saude.gov.br/notifica/>
- **Casos graves e óbitos de Síndrome Respiratória Aguda Grave:** Deverão ser notificados no SIVEP-Gripe utilizando a Ficha de SRAG Hospitalizado (modelo 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 foram



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 Notifica.

- **Surto de Síndrome Gripal (SG) em comunidades/instituições fechadas** – MÓDULO SURTO do SINANNET com o CID J07 - (Síndrome Respiratória Aguda). 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, fica definido o seguinte fluxo de informações:

FLUXO DE INFORMAÇÕES DOS RESULTADOS DE TESTAGEM PARA COVID-19

- **LABORATÓRIOS PRIVADOS:**
 - ✓ Enviar informações dos resultados diariamente através de planilha específica para laboratorios.sesmg@saude.mg.gov.br; notifica.se@saude.mg.gov.br; coes.corona@saude.mg.gov.br
 - ✓ Se paciente com quadro de Síndrome Gripal, deverá ser notificado no E-SUS Notifica e encaminhado para serviço de referência, conforme fluxo acordado com Vigilância Epidemiológica Municipal.



• **FARMÁCIAS/DROGARIAS, EMPRESAS E OUTROS E SERVIÇOS DE SAÚDE QUE REALIZAM TESTE RÁPIDO EM MASSA DE FORMA INDEPENDENTE:**

- ✓ Os caso de pacientes **sintomáticos** com qualquer resultado, sejam positivos ou negativos, deverão ser notificados no Sistema E-SUS Notifica no Link: <https://notifica.saude.gov.br/login>
- ✓ Na identificação de casos de alto risco (sintomas de Síndrome Gripal), o paciente deve ser orientado a buscar o serviço de saúde de referência do município para avaliação clínica e notificação.
- ✓ Os casos de pacientes **assintomáticos com resultados POSITIVO** deverão ser notificados no Sistema E-SUS Notifica no Link: <https://notifica.saude.gov.br/login>

No caso de pacientes assintomáticos, no campo “Sintomas”, marcar “Outros” e no campo aberto descrever “Assintomático”.

- ✓ Os casos de pacientes **assintomáticos com resultado NEGATIVO** deverão ser informados através do link: <https://www.saude.mg.gov.br/coronavirus/notificaexames>

O laudo pode ser emitido através da plataforma FormSUS:

http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id_aplicacao=55514

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) CRITÉRIOS DE COLETA DE EXAMES LABORATORIAIS:

SITUAÇÕES COM INDICAÇÃO PARA COLETA DE AMOSTRA (RT-PCR) 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;
- E) Profissionais de segurança pública sintomáticos;
- 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;
- H) Idosos com idade igual ou superior a 60 anos, sintomáticos;
- I) Pacientes com comorbidades (QUADRO-1), sintomáticos;
- J) Populações ou grupos sociais de alta vulnerabilidade (indígenas, quilombolas, ciganos, circenses e população em condições de rua), sintomáticos.



QUADRO 1 - CONDIÇÕES CLÍNICAS DE RISCO PARA COMPLICAÇÕES DA COVID-19

- Doenças cardíacas descompensadas;
 - Insuficiência cardíaca mal controlada;
 - Doença cardíaca isquêmica descompensada;
- Doença cardíaca congênita;
- Doenças respiratórias descompensadas;
 - DPOC e asma mal controlados;
 - Doenças pulmonares intersticiais com complicações;
 - Fibrose cística com infecções recorrentes;
- Displasia broncopulmonar e com complicações;
- Crianças com doença pulmonar crônica da prematuridade;
- Doenças renais crônicas em estágio avançado (graus 3, 4 e 5);
 - Pacientes em diálise;
- Imunossupressão ou imunodepressão por doenças e/ou medicamentos (em vigência de quimioterapia/radioterapia, entre outros medicamentos);
 - Transplantados de órgãos sólidos e de medula óssea;
- Portadores de doenças cromossômicas e com estados de fragilidade imunológica (ex.: Síndrome de Down);
- Diabetes, especialmente descompensada (conforme juízo clínico);
- Gestante de alto risco;
- Doença hepática em estágio avançado;
- Obesidade (IMC \geq 40kg/m²);

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. No prelo.



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



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Nº

SIVPE Gripe
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DA GRIPE
31/03/2020

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 1ºs sintomas:	
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: <input type="checkbox"/> 1-Dia <input type="checkbox"/> 2-Mês <input type="checkbox"/> 3-Ano <input type="checkbox"/>
	11	Gestante:		
	12	Raça/Cor: <input type="checkbox"/> 1-Branca <input type="checkbox"/> 2-Preta <input type="checkbox"/> 3-Amarela <input type="checkbox"/> 4-Parda <input type="checkbox"/> 5-Indígena <input type="checkbox"/> 9-Ignorado	13	Se indígena, qual etnia?
	14	Escolaridade: <input type="checkbox"/> 0-Sem escolaridade/Analfabeto <input type="checkbox"/> 1-Fundamental 1º ciclo (1ª a 5ª série) <input type="checkbox"/> 2-Fundamental 2º ciclo (6ª a 9ª série) <input type="checkbox"/> 3-Médio (1º ao 3º ano) <input type="checkbox"/> 4-Superior <input type="checkbox"/> 5-Não se aplica <input type="checkbox"/> 9-Ignorado	15	Ocupação:
Dados de residência	16	Nome da mãe:		
	17	CEP: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
	18	UF:	19	Município:
				Código (IBGE):
	20	Bairro:	21	Logradouro (Rua, Avenida, etc.):
		22	Nº:	
	23	Complemento (apto, casa, etc...):	24	(DDD) Telefone:
Dados Clínicos e Epidemiológicos	25	Zona: <input type="checkbox"/> 1-Urbana <input type="checkbox"/> 2-Rural <input type="checkbox"/> 3-Periurbana <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	31	Data do retorno: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	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 ou suínos? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado		
	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"/> 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"/> Doença Hematológica Crônica <input type="checkbox"/> Síndrome de Down <input type="checkbox"/> Doença Hepática Crônica <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> Doença Neurológica Crônica <input type="checkbox"/> Outra Pneumopatia Crônica <input type="checkbox"/> Imunodeficiência/Imunodepressão <input type="checkbox"/> Doença Renal Crônica <input type="checkbox"/> Obesidade, IMC ____ <input type="checkbox"/> Outros _____		
	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? __ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	40	Qual antiviral? __ 1-Oseltamivir 2-Zanamivir 3-Outro, especifique: _____	41	Data início do tratamento ____ ____ ____
	42	Houve internação? __ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	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? __ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	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: __ 1-Normal 2-Infiltrado intersticial 3-Consolidação 4-Misto 5-Outro: _____ 6-Não realizado 9-Ignorado	52	Data do Raio X: ____ ____ ____
	53	Coletou amostra? __ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	54	Data da coleta: ____ ____ ____	55	Tipo de amostra: __ 1-Secreção de Naso-orofaringe 2-Lavado Broco-alveolar 3-Tecido <i>post-mortem</i> 4-Outra, qual? _____ 9-Ignorado
Dados Laboratoriais	56	Nº Requisição do GAL: _____				
	57	Resultado da IF/outro método que não seja Biologia Molecular: __ 1-Positivo 2-Negativo 3-Inconclusivo 4-Não realizado 5-Aguardando resultado 9-Ignorado	58	Data do resultado da IF/outro método que não seja Biologia Molecular: ____ ____ ____		
	59	Agente Etiológico – IF/outro método que não seja Biologia Molecular: Positivo para Influenza? __ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se sim, qual influenza? __ 1- Influenza A 2- Influenza B Positivo para outros vírus? __ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se outros vírus respiratórios qual(is)? (marcar X) __ Vírus Sincial Respiratório __ Parainfluenza 1 __ Parainfluenza 2 __ Parainfluenza 3 __ Adenovírus __ Outro vírus respiratório, especifique: _____				
	60	Laboratório que realizou IF/outro método que não seja Biologia Molecular: _____	Código (CNES): ____ ____ ____ ____ ____ ____			
	61	Resultado da RT-PCR/outro método por Biologia Molecular: __ 1-Detectável 2-Não Detectável 3-Inconclusivo 4-Não realizado 5-Aguardando resultado 9-Ignorado	62	Data do resultado RT-PCR/outro método por Biologia Molecular: ____ ____ ____		
	63	Agente Etiológico – RT-PCR/outro método por Biologia Molecular: Positivo para Influenza? __ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se sim, qual influenza? __ 1- Influenza A 2- Influenza B Influenza A, qual subtipo? __ 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? __ 1-Victoria 2-Yamagata 3-Não realizado 4-Inconclusivo 5-Outro, especifique: _____ Positivo para outros vírus? __ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se outros vírus respiratórios, qual(is)? (marcar X) __ SARS-CoV-2 __ Vírus Sincial Respiratório __ Parainfluenza 1 __ Parainfluenza 2 __ Parainfluenza 3 __ Parainfluenza 4 __ Adenovírus __ Metapneumovírus __ Bocavírus __ Rinovírus __ Outro vírus respiratório, especifique: _____				
64	Laboratório que realizou RT-PCR/outro método por Biologia Molecular: _____	Código (CNES): ____ ____ ____ ____ ____ ____				
Conclusão	65	Classificação final do caso: __ 1-SRAG por influenza 2-SRAG por outro vírus respiratório 3-SRAG por outro agente etiológico, qual _____ 4-SRAG não especificado 5- COVID-19	66	Critério de Encerramento: __ 1-Laboratorial 2-Vínculo-Epidemiológico 3-Clinico		
	67	Evolução do Caso: __ 1-Cura 2-Óbito 9-Ignorado	68	Data da alta ou óbito: ____ ____ ____	69	Data do Encerramento: ____ ____ ____
70	OBSERVAÇÕES:					



ANEXO II: FICHA DE REGISTRO INDIVIDUAL – CASOS DE SÍNDROME GRIPAL



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Nº

e-SUS Vigilância Epidemiológica
06/07/2020

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 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:		Município de Notificação:			
IDENTIFICAÇÃO	Tem CPF? (Marcar X) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Estrangeiro: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	É profissional de saúde (Marcar X) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	É profissional de segurança (Marcar X) <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) <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	Raça/COR: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Indígena		Passaporte: _____	
	CEP: _____				
	Estado de residência: ____		Município de Residência: _____		
	Logradouro:		Número:	Bairro:	
	Complemento:				
	Telefone Celular: ____-____-____-____-____-____		Telefone de contato: ____-____-____-____-____-____		
DADOS CLÍNICOS EPIDEMIOLÓGICOS	Data da Notificação: ____/____/____				
	Sintomas: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Dor de Garganta <input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Outros _____		Data do início dos sintomas: ____/____/____		
	Condições: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Doenças respiratórias crônicas descompensadas <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Gestante <input type="checkbox"/> Doenças renais crônicas em estágio avançado (graus 3, 4 e 5) <input type="checkbox"/> Imunossupressão <input type="checkbox"/> Portador de doenças cromossômicas ou estado de fragilidade imunológica <input type="checkbox"/> Doenças cardíacas crônicas				
	Estado do Teste: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Solicitado <input type="checkbox"/> Coletado <input type="checkbox"/> Concluído <input type="checkbox"/> Exame Não Solicitado	Data da Coleta do Teste: ____/____/____	Tipo de Teste: (Marcar X) <input type="checkbox"/> RT – PCR <input type="checkbox"/> Teste rápido – anticorpo <input type="checkbox"/> Teste rápido – antígeno <input type="checkbox"/> Enzimaimunoensaio-ELISA <input type="checkbox"/> Imunoensaio por Eletroquimioluminescência- ECLIA	Resultado do teste: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Positivo	
	Classificação final: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Descartado <input type="checkbox"/> Confirmado Clínico Imagem <input type="checkbox"/> Confirmado Clínico-Epidemiológico <input type="checkbox"/> Confirmado Por Critério Clínico <input type="checkbox"/> Confirmado Laboratorial <input type="checkbox"/> Síndrome Gripal Não Especificada		Evolução do caso: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Cancelado <input type="checkbox"/> Internado <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Em tratamento domiciliar <input type="checkbox"/> Cura <input type="checkbox"/> Internado em UTI		
	Data de encerramento: ____/____/____				
Informações complementares e observações					