



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE GOIÁS
SUPERINTENDENCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

ROTEIRO DE INVESTIGAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA - CORONAVÍRUS COVID-2019

Critérios Clínicos e Critérios Epidemiológicos	
SUSPEITO	<p>Situação 1- Viajante: pessoa que, nos últimos 14 dias, retornou de viagem internacional de qualquer país E apresenta:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Febre¹E • Pelo menos um dos sinais ou sintomas respiratórios (tosse, dificuldade para respirar, produção de escarro, congestão nasal ou conjuntival, dificuldade para deglutir, dor de garganta, coriza, saturação de O₂ < 95%, sinais de cianose, batimento de asa de nariz, tiragem intercostal e dispneia).
	<p>Situação 2- Contato Próximo: pessoa que, nos últimos 14 dias, teve contato próximo de caso suspeito ou confirmado para COVID-19 E apresenta:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Febre¹OU • Pelo menos um sinal ou sintoma respiratório (tosse, dificuldade para respirar, produção de escarro, congestão nasal ou conjuntival, dificuldade para deglutir, dor de garganta, coriza, saturação de O₂ < 95%, sinais de cianose, batimento de asa de nariz, tiragem intercostal e dispneia).
PROVÁVEL	<p>Situação 3 - Contato Domiciliar: pessoa que, nos últimos 14 dias, reside ou trabalhe no domicílio de caso suspeito ou confirmado para COVID-19 E apresenta:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Febre¹OU • Pelo menos um sinal ou sintoma respiratório (tosse, dificuldade para respirar, produção de escarro, congestão nasal ou conjuntival, dificuldade para deglutir, dor de garganta, coriza, saturação de O₂ < 95%, sinais de cianose, batimento de asa de nariz, tiragem intercostal e dispneia) OU • Outros sinais e sintomas inespecíficos como: fadiga, mialgia/artralgia, dor de cabeça, calafrios, gânglios linfáticos aumentados, diarreia, náusea, vômito, desidratação e inapetência.
CONFIRMADO	<p>Laboratorial: caso suspeito ou provável com resultado positivo em RT-PCR em tempo real, pelo protocolo Charité.</p> <p>Clínico epidemiológico: caso suspeito ou provável com histórico de contato próximo ou domiciliar com caso confirmado laboratorialmente para COVID-19, que apresente febre OU pelo menos um dos sinais ou sintomas respiratórios, nos últimos 14 dias após o contato, e para o qual não foi possível realizar a investigação laboratorial específica.</p>
CASO DESCARTADO	<p>Caso que se enquadre na definição de suspeito E apresente resultado laboratorial negativo para SARS-CoV2 OU confirmação laboratorial para outro agente etiológico.</p>
CASO EXCLUÍDO	<p>Diante do aumento de registros na base de dados do FORMSUS2, serão classificados como excluídos aqueles que apresentarem duplicidade OU que não se enquadram em uma das definições de caso acima.</p>
CASO CURADO	<p>Diante das últimas evidências compartilhadas pela OMS e países afetados, o Ministério da Saúde define que são curados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Casos em isolamento domiciliar: casos confirmados que passaram por 14 dias em isolamento domiciliar, a contar da data de início dos sintomas E que estão assintomáticos. • Casos em internação hospitalar: diante da avaliação médica.

Fonte: Boletim Epidemiológico nº5 do Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública (COE COVID-19), MS, 14 de março de 2020.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE GOIÁS
SUPERINTENDENCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

1Febre: 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.

Identificação do paciente

Nome completo: _____
Data de nascimento: ___/___/___ Idade em anos: _____
Gênero: () Masculino () Feminino
Nome da mãe: _____
Número do cartão SUS (CNS): _____
CPF: _____
Ocupação: () Estudante () Profissional de saúde () Trabalha com animais () Técnico de laboratório em saúde () Outra, especifique: _____
Endereço: _____
Estado: _____ Cidade: _____
CEP de residência: _____
Zona: () Rural () Urbana () Periurbana
Celular: _____
Data do registro: ___/___/___ Número do FormSUScap: _____
Data da Notificação: ___/___/___ Número do SINAN NET: _____
Data da Notificação: ___/___/___ Número do SIVEP - Gripe: _____

1. Histórico vacinal

Possui caderneta de vacinação: () Sim () Não
Vacina influenza trivalente () Sim () Não
Data da última dose: ___/___/___



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE GOIÁS
SUPERINTENDENCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

2. Condições pré – existentes:

Condição pré-existente	Sim	Não	Desconhecido
Obesidade			
Neoplasias (tumor sólido ou hematológico)			
Diabetes			
Infecção pelo HIV			
Imunodeficiência			
Doença cardiovascular, incluindo hipertensão			
Doença pulmonar crônica			
Doença hepática crônica			
Distúrbio hematológico crônico			
Doença renal crônica			
Doença neurológica crônica ou neuromuscular			
Recebeu doação de sangue/ órgão			
Gravidez			
Se sim, especifique o trimestre:	() Primeiro	() Segundo	() Terceiro
Outras condições pré-existent			
Se sim, especifique:			

3. Sinais e sintomas:

Data de Início de sintomas: ___ / ___ / ___			
Sinais/ Sintomas	Sim	Não	Desconhecido
Febre			
Tosse			
Dor de garganta			
Dispneia (dificuldade de respirar)			
Diarreia			
Vômitos/ Náusea			
Dor de cabeça			
Coriza			
Irritabilidade/confusão			
Fraqueza			
Convulsões			
Conjuntivite			
Calafrios			
Erupção cutânea			
Dores musculares			
Dor nas articulações			



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE GOIÁS
SUPERINTENDENCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Perda de apetite			
Sangramento do nariz			
Fadiga			
Alteração do nível de consciência			
Sinais neurológicos			
Outros sinais e sintomas			
Se sim, especifique:			

4. Sinais de gravidade:

Sinais/ Sintomas	Sim	Não	Desconhecido
Ausculta pulmonar anormal			
Achados anormais na radiografia de pulmão			
Desconforto respiratório ou aumento da frequência respiratória (FR)			
Pneumonia			
Piora nas condições clínicas de doenças de base			
Hipotensão			
Linfopenia			
Exsudato de faringeo			
Coma			
Injeção conjuntival			
SpO ₂ <95% em ar ambiente			
Ventilação mecânica			
Outros sinais e sintomas			
Se sim, especifique:			

5. Sinais de gravidade:

- Hospitalização ()Sim ()Não ()Desconhecido
Data da primeira internação ___ / ___ / ___

- Admissão na UTI (Unidade de Terapia Intensiva) ()Sim ()Não ()Desconhecido
Admissão na UTI ___ / ___ / ___ Alta da UTI ___ / ___ / ___

- Ventilação mecânica ()Sim ()Não ()Desconhecido
Data de Início: ___ / ___ / ___ Termino: ___ / ___ / ___

- Insuficiência renal aguda ()Sim ()Não ()Desconhecido
Se sim, data de início ___ / ___ / ___



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE GOIÁS
SUPERINTENDENCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

- Insuficiência cardíaca () Sim () Não () Desconhecido

Se sim, data de início ___ / ___ / ___

- Coagulopatia () Sim () Não () Desconhecido

Se sim, data de início ___ / ___ / ___

- Pneumonia por radiografia de tórax () Sim () Não () Desconhecido

Se sim, data de início ___ / ___ / ___

- Hipotensão que requer vasopressores () Sim () Não () Desconhecido

Se sim, data de início ___ / ___ / ___

- Outros sintomas () Sim () Não () Desconhecido

Se sim, especifique: _____

6. Locais de exposição do paciente

- Viajou, no Brasil, nos 14 dias anteriores ao início de sintomas? () Sim () Não () Desconhecido

Se sim, datas da viagem: embarque ___ / ___ / ___ retorno ___ / ___ / ___

Cidades visitadas: _____

- Viajou, internacionalmente, nos 14 dias anteriores ao início de sintomas?

() Sim () Não () Desconhecido

Se sim, datas da viagem: embarque ___ / ___ / ___ retorno ___ / ___ / ___

Países visitados: _____

Cidades visitadas: _____

- Teve contato próximo com uma pessoa com infecção respiratória aguda nos 14 dias anteriores ao início dos sintomas?

() Sim () Não () Desconhecido

- Nos 14 dias anteriores ao início de sintomas, teve contato com alguém com infecção suspeita ou confirmada em 2019-nCoV? () Sim () Não () Desconhecido

Se sim, data do último contato: ___ / ___ / ___

- Compareceu a evento com aglomeração de pessoas nos 14 dias anteriores ao início dos sintomas? () Sim () Não () Desconhecido

Se sim, especifique: _____

- Teve contato com um caso provável ou confirmado () Sim () Não () Desconhecido

Local da exposição () casa () serviço de saúde () escola () local de trabalho () igreja

() Outro, especifique: _____



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE GOIÁS
SUPERINTENDENCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

- Visitou algum serviço de saúde nos 14 dias anteriores ao início dos sintomas?
() Sim () Não () Desconhecido Se sim, especifique: _____

7. Diagnóstico Laboratorial

Tipo de amostra: () Aspirado de nasofaringe () Swabs combinado (nasal/oral)
() Secreção respiratória inferior

Tipo de Exame Realizado	Laboratório Responsável	Data da Coleta	Data do Resultado	Agente isolado
RT – PCR				
Seqüenciamentog enômico				

8. Encerramento do caso:

- Data do encerramento: ___ / ___ / ___
- Classificação final do caso para 2019 nCOV: () Confirmado () Descartado
Se for confirmado especificar o caso como: () Primário () Secundário () Importado
- Critério de encerramento: () Laboratorial () Clínico – epidemiológico () Clínico
- Situação de saúde no momento da notificação: () Sintomático () Cura () Ignorado
() Óbito Data do óbito: ___ / ___ / ___

9. Informações adicionais



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE GOIÁS
SUPERINTENDENCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

10. Responsável pela Investigação

Data	
Nome	
Função	
Telefone	
E-mail	



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE GOIÁS
SUPERINTENDENCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

ANEXO II - DESLOCAMENTO DO CASO SUSPEITO

Período de transmissão: Descrever os locais em que o caso circulou nos 7 dias após o aparecimento dos sintomas, dia a dia (deslocamento), pessoas que teve contato (nome e telefone), locais e eventos que circulou.

DIA 1	Data:	
	Local:	
	Contatos:	
DIA 2	Data:	
	Local:	
	Contatos:	
DIA 3	Data:	
	Local:	
	Contatos:	
DIA 4	Data:	
	Local:	
	Contatos:	
DIA 5	Data:	
	Local:	
	Contatos:	
DIA 6	Data:	
	Local:	
	Contatos:	
DIA 7	Data:	
	Local:	
	Contatos:	



Secretaria
de Estado
da Saúde



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE GOIÁS
SUPERINTENDENCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

ANEXO 1 – PLANILHA DE CONTATOS*

Nome	Data de Nascimento	Data da exposição	Telefone	Fator de Risco**. Qual?	Presença de sintomas. Quais?

*Contato próximo é definido como: estar a aproximadamente dois metros (2 m) de um paciente com suspeita de caso por novo coronavírus, dentro da mesma sala ou área de atendimento, por um período prolongado, sem uso de equipamento de proteção individual (EPI). O contato próximo pode incluir: cuidar, morar, visitar ou compartilhar uma área ou sala de espera de assistência médica ou, ainda, nos casos de contato direto com fluidos corporais, enquanto não estiver usando o EPI recomendado.

**Preencher de acordo com item 3. Condições pré – existentes do roteiro de investigação.