MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Nº

e-SUS Notifica 20/04/2021

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) |__|Sim |__|Não | **Estrangeiro:** (Marcar X) |__| Sim |__|Não | **Profissional de saúde** (Marcar X) |__| Sim |__|Não | **Profissional de segurança** (Marcar X) |__| Sim |__|Não

CBO: | **CPF:** __|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__

CNS: __|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__

Nome Completo:

Nome Completo da Mãe:

Data de nascimento: ____|____|_____ | **País de origem:**

Sexo: (Marcar X)
|__|Masculino
|__|Feminino

Raça/COR: (Marcar X)
|__|Branca |__|Preta |__|Amarela |__|Parda
|__|Indígena - Etnia:_____|__|Ignorado

É membro de povo ou comunidade tradicional? (Marcar X)
|__| Sim |__|Não

Se sim, qual? _____

Passaporte: __|__|__|__|__|__|__|__ | **CEP:** __|__|__|__|__ - __|__|__

Estado de residência: |__|__| | **Município de Residência:** _____

Logradouro: | **Número:** | **Bairro:**

Complemento:

Telefone Celular: | **Telefone de contato:**

DADOS CLÍNICOS EPIDEMIOLÓGICOS

Data da Notificação: ___|___|____ | **Data do início dos sintomas:** ___|___|____

Sintomas: (Marcar X)
|__|Assintomático |__|Febre |__|Dor de Garganta |__|Dispneia |__|Tosse |__| Coriza
|__|Dor de Cabeça |__|Distúrbios gustatórios |__|Distúrbios olfativos |__|Outros_____

Condições: (Marcar X)
|__| Doenças respiratórias crônicas descompensadas
|__| Doenças renais crônicas em estágio avançado (graus 3, 4 e 5)
|__| Portador de doenças cromossômicas ou estado de fragilidade imunológica
|__| Doenças cardíacas crônicas
|__| Diabetes
|__| Obesidade
|__| Imunossupressão
|__| Gestante
|__| Puérpera (até 45 dias do parto)

Estado do Teste: (Marcar X)
|__|Solicitado
|__|Coletado
|__|Concluído
|__|Exame Não Solicitado

Tipo de Teste: (Marcar X)
|__|RT – PCR
|__|Teste rápido – anticorpo
|__|Teste rápido – antígeno
|__|Testes sorológico

Data do Teste (PCR/Rápidos): ___|___|___

Data do Teste (Sorológico): ___|___|____

Resultado (PCR/Rápidos): (Marcar X)
|__|Negativo
|__|Positivo
|__|Inconclusivo ou Indeterminado

Teste Sorológico: (Marcar x)
|__|IgA
|__|IgG
|__|IgM
|__|Anticorpos Totais

Resultado (IgA): (Marcar X)
|__|Reagente
|__|Não Reagente
|__|Inconclusivo ou Indeterminado

Resultado (IgG): (Marcar X)
|__|Reagente
|__|Não Reagente
|__|Inconclusivo ou Indeterminado

Resultado (IgM): (Marcar X)
|__|Reagente
|__|Não Reagente
|__|Inconclusivo ou Indeterminado

Resultado (Anticorpos Totais): (Marcar X)
|__|Reagente
|__|Não Reagente
|__|Inconclusivo ou Indeterminado

ENCERRAMENTO

Evolução do caso: (Marcar X)
|__|Cancelado
|__|Ignorado
|__|Internado
|__|Em tratamento domiciliar
|__|Óbito
|__|Internado em UTI
|__|Cura

Classificação final: (Marcar X)
|__|Descartado
|__|Confirmado Clínico Imagem
|__|Confirmado Clínico-Epidemiológico
|__|Confirmado Por Critério Clínico
|__|Confirmado Laboratorial
|__|Síndrome Gripal Não Especificada

Data de encerramento:____|____|___

Informações complementares e observações

Rastreamento de contatos

Informações sobre os contatos							
ID do caso Fonte (preenchido automaticamente pelo sistema)	**ID do contato (preenchido automaticamente pelo sistema)**	**Nome completo do contato**	**CPF do contato**	**Telefone 1**	**Telefone 2**	**Relação com o caso** **Domiciliar;** **Familiar (extradomiciliar);** **Laboral;** **Escolar;** **Evento Social;** **Outros.**	**Data do último contato**