



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) _ Sim _ Não | Estrangeiro: (Marcar X) _ Sim _ Não | É profissional de saúde ou 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 | Passaporte: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ | |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| DADOS CLÍNICOS EPIDEMIOLÓGICOS | CEP: _ _ _ _ _ _ - _ _ | | | | |
| | UF: _ _ | Município de Residência: _____ | | | |
| | Logradouro: _____ | | Número : _____ | | |
| | Complemento: _____ | | Bairro: _____ | | |
| | Telefone Celular: _ - _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ | | Telefone do contato: _ - _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ | | |
| | Data da Notificação: _ _ _ _ _ | | | | |
| | Sintomas: (Marcar X) _ Dor de Garganta _ Dispneia _ Febre _ Tosse _ Outros _____ | | Data do início dos sintomas: _ _ _ | | |
| | Condições: (Marcar X) _ Doenças respiratórias crônicas descompensadas _ Doenças cardíacas crônicas _ Diabetes _ Doenças renais crônicas em estágio avançado (graus 3, 4 e 5) _ Imunossupressão _ Gestante de alto risco _ Portador de doenças cromossômicas ou estado de fragilidade imunológica | | | | |
| | Estado do Teste: (Marcar X) _ Solicitado _ Coletado _ Concluído | Data da Coleta do Teste: _____ _____ _____ | Tipo de Teste: (Marcar X) _ Teste rápido – anticorpo _ Teste rápido – antígeno _ RT - PCR | Resultado do teste: (Marcar X) _ Negativo _ Positivo | |
| | Classificação final: (Marcar X) _ Confirmação laboratorial _ Confirmação clínico epidemiológico _ Descartado | | Evolução do caso: (Marcar X) _ Cancelado _ Ignorado _ Óbito _ Cura _ Internado _ Internado em UTI _ Em tratamento domiciliar | | |
| Data de encerramento: ____ ____ _____ | | | | | |

Informações complementares e observações

Observações Adicionais
