

Ficha de notificação para casos suspeitos e prováveis de Novo Coronavírus (COVID-19)

Definição de Caso Suspeito:

| Critérios clínicos | | Critérios epidemiológicos |
|---|---|---|
| Febre e sintomas respiratórios (por exemplo, tosse e dificuldade para respirar) | e | Nos últimos 14 dias antes do início dos sintomas, histórico de viagem a área com transmissão local* |
| Febre ou sintomas respiratórios (por exemplo, tosse e dificuldade para respirar) | e | Nos últimos 14 dias antes do início dos sintomas, tenha tido contato próximo ou com caso suspeito ou confirmado para o novo coronavírus (COVID-19), |

Definição de Caso Provável:

| Critérios clínicos | | Critérios epidemiológicos |
|---|---|--|
| Febre ou sintomas respiratórios (por exemplo, tosse e dificuldade para respirar) | e | Nos últimos 14 dias antes do início dos sintomas, tenha tido contato próximo ou domiciliar com caso confirmado para o novo coronavírus (COVID-19), |

GLOSSÁRIO

∓FEBRE: 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. Nestas situações, a avaliação clínica deve ser levada em consideração e a decisão deve ser registrada na ficha de notificação.

∓CONTATO: Contato próximo é definido como estar a aproximadamente dois metros de um paciente com suspeita de Doença pelo Coronavírus 2019 (COVID-19). Contato é definido como: Toda pessoa que convive no mesmo ambiente com o caso suspeito ou confirmado. Esse convívio pode se dar em casa e/ou em ambientes de trabalho, instituições de longa permanência, sala ou área de atendimento, aeronaves e outros meios de transporte, escola ou pré-escola. A avaliação do grau de exposição do contato deve ser individualizada, considerando-se, o ambiente e o tempo de exposição. O contato 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.

Identificação do paciente:

Data da notificação:

* must provide value


 D-M-Y H:M

Número do cartão SUS (CNS):

Não é obrigatório o preenchimento

CPF:

Não é obrigatório o preenchimento

Nome completo do paciente:

* must provide value

Preencher com o nome completo do caso

| | | |
|---|---|-----------------------|
| Sexo: | <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Feminino | reset |
| Data de nascimento: | <input type="text"/>  Today D-M-Y | |
| Idade em anos: | <input type="text"/> | |
| Nome da mãe: <small>* must provide value</small> | <input type="text"/> | |
| Nacionalidade | <input type="text"/> | |
| País de residência: <small>* must provide value</small> | <input type="text"/> | |
| Telefone do paciente | <input type="text"/> <small>Preferencial celular com whatsapp. Incluir código de área. Ex: 6199998888</small> | |
| Endereço completo: | <input type="text"/> | |
| CEP residência: | <input type="text"/> | |
| Dados do caso | | |
| Data dos primeiros sintomas: | <input type="text"/>  Today D-M-Y | |
| Selecione os sintomas apresentados | <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Dor de garganta <input type="checkbox"/> Dificuldade de respirar <input type="checkbox"/> Mialgia/artralgia <input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Náusea/vômitos <input type="checkbox"/> Cefaleia (dor de cabeça) <input type="checkbox"/> Coriza <input type="checkbox"/> Irritabilidade/confusão <input type="checkbox"/> Adinamia (fraqueza) <input type="checkbox"/> Produção de escarro <input type="checkbox"/> Calafrios <input type="checkbox"/> Congestão nasal <input type="checkbox"/> Congestão conjuntival <input type="checkbox"/> Dificuldade para deglutir <input type="checkbox"/> Manchas vermelhas pelo corpo <input type="checkbox"/> Gânglios linfáticos aumentados <input type="checkbox"/> Batimento das asas nasais <input type="checkbox"/> Saturação de O2 < 95% <input type="checkbox"/> Sinais de cianose, <input type="checkbox"/> Tiragem intercostal <input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Outros | |

| | | |
|---|---|-----------------------|
| O paciente utilizou analgésico, antitérmico ou antiinflamatório? | <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não | reset |
| Selecione os sinais clínicos observados: | <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Exsudato faríngeo <input type="checkbox"/> Convulsão <input type="checkbox"/> Conjuntivite <input type="checkbox"/> Coma <input type="checkbox"/> Dispneia/Taquipneia <input type="checkbox"/> Alteração de ausculta pulmonar <input type="checkbox"/> Alteração na radiologia de tórax <input type="checkbox"/> Outros | |
| Morbidades prévias (selecionar todas morbidades pertinentes): | <input type="checkbox"/> Doença cardiovascular, incluindo hipertensão <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Doença hepática <input type="checkbox"/> Doença neurológica crônica ou neuromuscular <input type="checkbox"/> Imunodeficiência <input type="checkbox"/> Infecção pelo HIV <input type="checkbox"/> Doença renal <input type="checkbox"/> Doença pulmonar crônica <input type="checkbox"/> Neoplasia (tumor sólido ou hematológico) | |
| Paciente foi hospitalizado? | <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe | reset |
| Situação de saúde do paciente no momento da notificação: | <input type="radio"/> Óbito <input type="radio"/> Cura <input type="radio"/> Sintomático <input type="radio"/> Ignorado | reset |
| Foi realizada coleta de amostra do paciente? | <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe | reset |
| Dados de exposição e viagens | | |
| Paciente tem histórico de viagem para fora do Brasil até 14 dias antes do início dos sintomas? | <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe | reset |
| O paciente teve contato próximo com uma pessoa que seja caso SUSPEITO de Novo Coronavírus (2019-nCoV)? | <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe | reset |
| O paciente teve contato próximo com uma pessoa que seja caso CONFIRMADO de Novo Coronavírus (2019-nCoV)? | <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe | reset |
| Esteve em alguma unidade de saúde nos 14 dias antes do início dos sintomas? | <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe | reset |

| | | |
|---|---|-----------------------|
| Ocupação do caso suspeito: | <input type="radio"/> Profissional de saúde <input type="radio"/> Estudante da área de saúde <input type="radio"/> Profissional de laboratório <input type="radio"/> Trabalha em contato com animais <input type="radio"/> Outros | reset |
| Teve contato próximo com animais em áreas afetadas? | <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe | reset |
| Identificação da unidade notificadora: | | |
| Origem da notificação: | <input type="text"/> | |
| Estado de notificação (UF)? <small>* must provide value</small> | <input type="text"/> | |
| Município de notificação | <input type="text"/> | |
| Nome do unidade de notificação: | <input type="text"/> | |
| Nome do notificador: | <input type="text"/> | |
| Profissão ou ocupação: | <input type="text"/> | |
| Telefone de contato do notificador/unidade notificante: | <input type="text"/> | |
| E-mail do notificador/unidade notificadora: | <input type="text"/> | |

Classificação automatizada dos casos suspeitos e prováveis:

2

0-Provável, 1-Suspeito, 2-Excluído

SUSPEITO

SITUAÇÃO 1: pessoa que apresente febre **E** pelo menos um dos sinais ou sintomas respiratórios

+

Histórico de viagem para país com transmissão sustentada OU área com transmissão local nos últimos 14 dias

OU

SITUAÇÃO 2: Pessoa que apresente febre **OU** pelo menos um sinal ou sintoma respiratório

+

Histórico de contato com caso suspeito ou confirmado para COVID-19, nos últimos 14 dias

PROVÁVEL

SITUAÇÃO 3: Pessoa que manteve contato domiciliar com caso confirmado por COVID-19 nos últimos 14 dias

+

Apresente pelo menos um sinal ou sintoma respiratório **OU** febre.

ATENÇÃO!!

SE VOCÊ DESEJA RETORNAR A FICHA, AO TERMINAR O PREENCHIMENTO, CLICAR NO BOTÃO "Save & Return Later"

UM CÓDIGO SERÁ FORNECIDO PARA RETORNAR A FICHA, ANOTE ESSE CÓDIGO E GUARDE EM LOCAL SEGURO.

CASO JÁ TENHA INSERIDO TODAS AS INFORMAÇÕES E NÃO FOR RETORNAR A FICHA CLICAR EM "Submit".

Submit**Save & Return Later**