



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? (Marcar X) _ _ Sim _ _ Não
	CBO: _____		CPF: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
	CNS: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		
	Nome Completo: _____		
	Nome Completo da Mãe: _____		
	Data de nascimento: _ _ _ _ _ _		País de origem: _____
Sexo: (Marcar X) _ _ Masculino _ _ Feminino		Passaporte: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
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