

FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE SG SUSPEITO DE DOENÇA PELO CORONAVÍRUS 2019 – COVID-19



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Estabelecimento: _____

RT do Estabelecimento: _____

Nº _____

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) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Estrangeiro: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	É profissional de saúde? (Marcar X) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
	OCUPAÇÃO: _____		CPF: _____	
	CNS: _____			
	Nome Completo: _____			
	Nome Completo da Mãe: _____			
	Data de nascimento: _____		País de origem: _____	
	Sexo: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino		Passaporte: _____	

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

Informações complementares e observações

Observações Adicionais: _____ **Notificador:** _____

_____ **Conselho:** _____

_____ **Nº Conselho:** _____

TERMO DE RESPONSABILIDADE DE ISOLAMENTO DOMICILIAR

Na qualidade de paciente/responsável legal, declaro que fui informado acerca do **isolamento domiciliar de 14 dias** de acordo com a **LEI Nº 13.979 DE 06 DE FEVEREIRO DE 2020**, devido à suspeita de **NOVO CORONAVÍRUS (COVID-19)**, **no caso de ser confirmado exame laboratorial positivo**. Me comprometo a desenvolver as orientações mencionadas e assumo todas as consequências e responsabilidades da não realização.

Assinatura do Responsabilizado: _____