

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

### Definição de Caso Suspeito:

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

### Definição de Caso Provável:

Critérios clínicos		Critérios epidemiológicos
Febre <b>ou</b> sintomas respiratórios (por exemplo, tosse e dificuldade para respirar)	e	Nos últimos 14 dias antes do início dos sintomas, tenha tido contato próximo <b>domiciliar</b> com <b>caso confirmado</b> 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:

Masculino  Feminino

reset

Data de nascimento:

  D-M-Y

Idade em anos:

Nome da mãe:

\* must provide value

Nacionalidade

País de residência:

\* must provide value

Telefone do paciente

Preferencial celular com whatsapp. Incluir código de área. Ex: 61999998888

Endereço completo:

CEP residência:

#### Dados do caso

Data dos primeiros sintomas:



Today

D-M-Y

Selecione os sintomas apresentados

- Febre
- Tosse
- Dor de garganta
- Dificuldade de respirar
- Mialgia/artralgia
- Diarreia
- Náusea/vômitos
- Cefaleia (dor de cabeça)
- Coriza
- Irritabilidade/confusão
- Adinamia (fraqueza)
- Produção de escarro
- Calafrios
- Congestão nasal
- Congestão conjuntival
- Dificuldade para deglutir
- Manchas vermelhas pelo corpo
- Gânglios linfáticos aumentados
- Batimento das asas nasais
- Saturação de O2 < 95%
- Sinais de cianose,
- Tiragem intercostal
- Dispneia
- Outros

O paciente utilizou analgésico, antitérmico ou antiinflamatório?

Sim  Não

reset

<p><b>Selecione os sinais clínicos observados:</b></p>	<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
<p><b>Morbidades prévias (selecionar todas morbidades pertinentes):</b></p>	<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)
<p><b>Paciente foi hospitalizado?</b></p>	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe
<p><b>Situação de saúde do paciente no momento da notificação:</b></p>	<input type="radio"/> Óbito <input type="radio"/> Cura <input type="radio"/> Sintomático <input type="radio"/> Ignorado
<p><b>Foi realizada coleta de amostra do paciente?</b></p>	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe
<p><b>Dados de exposição e viagens</b></p>	
<p><b>Paciente tem histórico de viagem para fora do Brasil até 14 dias antes do início dos sintomas?</b></p>	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
<p><b>O paciente teve contato próximo com uma pessoa que seja caso SUSPEITO de Novo Coronavírus (2019-nCoV)?</b></p>	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
<p><b>O paciente teve contato próximo com uma pessoa que seja caso CONFIRMADO de Novo Coronavírus (2019-nCoV)?</b></p>	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
<p><b>Esteve em alguma unidade de saúde nos 14 dias antes do início dos sintomas?</b></p>	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe
<p><b>Ocupação do caso suspeito:</b></p>	<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
<p><b>Teve contato próximo com animais em áreas afetadas?</b></p>	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe
<p><b>Identificação da unidade notificadora:</b></p>	

<b>Origem da notificação:</b>	<input type="text"/>
<b>Estado de notificação (UF)?</b> <small>* must provide value</small>	<input type="text"/>
<b>Município de notificação</b>	<input type="text"/>
<b>Nome do unidade de notificação:</b>	<input type="text"/>
<b>Nome do notificador:</b>	<input type="text"/>
<b>Profissão ou ocupação:</b>	<input type="text"/>
<b>Telefone de contato do notificador/unidade notificante:</b>	<input type="text"/>
<b>E-mail do notificador/unidade notificadora:</b>	<input type="text"/>
<b>Classificação automatizada dos casos suspeitos e prováveis:</b>	<input type="text" value="2"/> 0-Provável, 1-Suspeito, 2-Excluído
<b>SUSPEITO</b> SITUAÇÃO 1: pessoa que apresente febre <b>E</b> 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  <b>OU</b> SITUAÇÃO 2: Pessoa que apresente febre <b>OU</b> pelo menos um sinal ou sintoma respiratório  + Histórico de contato com caso suspeito ou confirmado para COVID-19, nos últimos 14 dias  <b>PROVÁVEL</b> 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 <b>OU</b> febre.	
<b>ATENÇÃO!!</b> <b>SE VOCÊ DESEJA RETORNAR A FICHA, AO TERMINAR O PREENCHIMENTO, CLICAR NO BOTÃO "Save &amp; Return Later"</b> <b>UM CÓDIGO SERÁ FORNECIDO PARA RETORNAR A FICHA, ANOTE ESSE CÓDIGO E GARDE EM LOCAL SEGURO.</b> <b>CASO JÁ TENHA INSERIDO TODAS AS INFORMAÇÕES E NÃO FOR RETORNAR A FICHA CLICAR EM "Submit".</b>	
<input type="button" value="Submit"/> <input type="button" value="Save &amp; Return Later"/>	