



**MUNICÍPIO DE SANTA LUZIA
GABINETE DO PREFEITO**

PROTOCOLADO
22 / 06 / 2020
Gulmar
Câmara Municipal de Santa Luzia

Ofício GAB nº 114/2020

Santa Luzia, 22 de junho de 2020.

Pertinência: Resposta ao Requerimento nº077/2020

Excelentíssima Sra. Vereadora,

A fim de subsidiar o requerimento em epígrafe, sirvo-me do presente para encaminhar a Vossa Excelência, resposta da Secretaria Municipal de Saúde, atendendo prontamente aos questionamentos apontados pela nobre edil, que deste ofício faz parte integrante.

Atenciosamente,

PREFEITO
DELEGADO CHRISTIANO XAVIER
MAT. 32166

Christiano Augusto Xavier Ferreira
Prefeito de Santa Luzia/MG

Exma. Sra. Suzane Duarte Almada

Vereadora do Município de Santa Luzia/MG

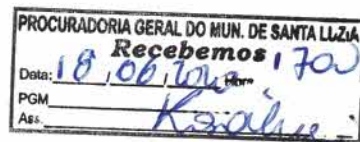
Câmara Municipal de Santa Luzia.

Rua Direita, nº 750, Centro, Santa Luzia/MG

CEP 33.010-000



PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA LUZIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE



COMUNICAÇÃO INTERNA

DATA: 18/06/2020
CI N.º 538/2020
PÁGINA: 01/01

De: Secretaria Municipal de Saúde de Santa Luzia

Para: Procuradoria Geral do Município

A/c Marlon Resende

Assunto: Resposta a CI 669/2020- Requerimento 077/2020 – Vereadora Suzane - COVID

Prezado,

Com nossos cordiais cumprimentos, em resposta a CI da referência, vimos informar acerca das solicitações:

- 1- Atendemos o paciente P.G.A no dia 26/05/20 na UPA São Benedito no centro de referencias para covid-19 por volta das 10:00hs queixava-se de tosse seca, febre relatada de 39°, porém durante a triagem e avaliação permaneceu afebril com temperatura de 35,9°, relatava também coriza, hiporexia e mal há 8 dias. Foi realizado exame físico completo como descrito em prontuário e a única alteração encontrada foi crepitação discreta em base direita. Desde então foi iniciada investigação e medidas sustentadas pelo protocolo de atendimento ao paciente com SUSPEITA DE COVID-19 estabelecido pelo município Santa Luzia.

NOTIFICAÇÃO DOS CASOS

NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA IMEDIATA: A doença causada pelo Coronavírus (COVID-19) constitui uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) assim, todo caso é de notificação compulsória **IMEDIATA**, ou seja, deve ser comunicada por profissional de saúde em até 24 horas a partir da ocorrência de casos suspeitos, conforme determina a Resolução SES/MG n. 6.532/2018.

Sendo assim, teremos situações a serem notificadas que os doentes manifestam quadro de Síndrome Gripal (SG) e outras situações que se enquadram em Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG).

De acordo com a classificação de manejo clínico dos casos de Coronavírus no Protocolo Estadual (disponível em www.saude.mg.gov.br/coronavirus), os casos LEVES serão classificados como Síndrome Gripal e os casos GRAVES e INTERNADOS serão classificados como Síndrome Respiratória Aguda Grave.

Casos leves de Síndrome Gripal: Deverão ser notificados na Ficha de Síndrome Gripal e no E-SUS VE: <https://notifica.saude.gov.br/login> utilizando dados do instrumento on-line.

Assim identificado durante avaliação clínica paciente em bom estado geral, afebril, anictérico, acianótico, mucosas úmidas e hidratadas, estável hemodinamicamente, murmúrios vesiculares fisiológicos bilateralmente sem sinais de desconforto respiratório saturando 95% em ar ambiente tem critérios para classificá-lo em caso leve **SÍNDROME GRIPAL** como já descrito anteriormente descarta a necessidade de internação intra-hospitalar. Exame de imagem radiografia de tórax PA e perfil evidenciando apenas alagamento de mediastino sem sinais de infiltração ou quaisquer alterações compatíveis com o quadro clínico relatado.

Desde o momento da admissão todos os cuidados foram tomados para manter a integridade, respeito e qualidade no atendimento prestado ao paciente visando assim o seu bem estar.

Concluindo como apresenta na evolução clínica:

- Coleta de swab: foi levantada a hipótese diagnóstica e coletado o exame dentro do prazo de 3º ao 8º dia de sintoma.
 - RAIO X DE TORAX PA E PERFIL: Exame de imagem para sustentar hipótese diagnóstica e descartar alterações que pudessem justificar o quadro clínico.
 - Notificação/ Termo de responsabilidade:
 - Orientações gerais e específicas: Chamo atenção pra esse item que durante o atendimento aqui e abordado todos os sinais de alarme e possíveis complicações que possam levar o paciente a retornar a unidade imediatamente para nova avaliação.
- 2- O teste rápido só pode se realizado no 8º dia dos inícios dos sintomas.
 - 3- Sim. Foi realizado o monitoramento, testagem de todos os contatos do domicilio e orientando em relação às medidas de prevenção e controle de todos os casos suspeitos. A equipe de monitoramento por telefone teve dificuldades em contactar o paciente (Telefone do usuário fora de área).
 - 4- O paciente chegou apresentando confusão mental e imediatamente atendida na urgência.
 - 5- Os profissionais utilizam os Equipamentos de Proteção Individual em todos os casos suspeitos e confirmados de COVID 19 conforme protocolo do Ministério da Saúde.
 - 6- A Secretaria Municipal de Saúde por meio da Vigilância em Saúde vem desenvolvendo ações de prevenção e combate desde o início da pandemia no País. Dentre as ações podemos citar: Criação da Comissão interna de enfrentamento ao COVID 19, Decreto municipal de isolamento social,

aquisição de EPIs, monitoramento dos casos suspeitos, confirmados e contatos pela Vigilância Epidemiológica e Unidades de Saúde, utilização de mídias em carro de som, Folder, barreira sanitária dentre outras.

A disposição, agradecemos!

Atenciosamente,


Nadia Cristina Dias Duarte Tomé
Mat. 32298
Secretária Municipal de Saúde de Santa Luzia
Nádia Cristina Dias Duarte Tomé
Secretária Municipal de Saúde de Santa Luzia



ATUALIZAÇÃO TÉCNICA AO PROTOCOLO DE INFECÇÃO HUMANA PELO SARS-COV-2 N° 04/2020 – 06/05/2020

DEFINIÇÕES DE CASOS OPERACIONAIS E FLUXOS DE TESTAGEM LABORATORIAL E NOTIFICAÇÃO DOS CASOS

- **Altera** as definições de casos operacionais do Protocolo de Infecção Humana pelo SARS-COV-2 (Doença pelo Coronavírus - COVID-19)
- **Altera** versão da atualização publicada no dia 04/05/2020
- **Retifica** as “orientações sobre a utilização de laudos diagnóstico de COVID-19 emitidos por laboratórios privados pela vigilância epidemiológica de Minas Gerais” da Nota Técnica COES MINAS COVID-19 nº 29/2020 – 30/04/2020

Observação inicial: A pandemia por COVID-19 é uma situação emergente e em rápida evolução, o Centro de Operações de Emergência em Saúde e o Centro Mineiro de Controle de Doenças e Pesquisa de Vigilância em Saúde (CMC) continuará fornecendo informações atualizadas à medida que estiverem disponíveis. As orientações podem mudar de acordo com novas condutas recomendadas pelo Ministério da Saúde, Organizações Internacionais e avanços científicos.

1. DEFINIÇÕES DE CASOS OPERACIONAIS E CRITÉRIOS DE ENCERRAMENTO

A) CASO SUSPEITO DE DOENÇA PELO NOVO CORONAVÍRUS 2019 (COVID-19)

Definição 1 – Síndrome Gripal (SG): indivíduo com quadro respiratório agudo, caracterizado por sensação febril ou febre¹, mesmo que relatada, acompanhada de tosse **OU** dor de garganta **OU** coriza **OU** dificuldade respiratória.

- **Em Crianças (com idade menor de 2 anos):** 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.

¹ FEBRE: Considera-se febre temperatura acima de 37,8°. Alerta-se que a febre pode não estar presente em alguns casos, por exemplo: em pacientes jovens, idosos, imunossuprimidos ou que em algumas situações possam ter utilizado medicamento antitérmico. Nessas situações, a avaliação clínica deve ser levada em consideração e a decisão deve ser registrada na ficha de notificação. Considerar a febre relatada pelo paciente, mesmo não mensurada.

Definição 2 – Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG): indivíduo com síndrome gripal que apresente: dispneia/desconforto respiratório **OU** Pressão persistente no tórax **OU** saturação de O₂<95% em ar ambiente **OU** coloração azulada dos lábios ou rosto (cianose).



- **Em Crianças:** além dos itens anteriores, observar os batimentos de asa de nariz, cianose, tiragem intercostal, desidratação e inapetência.
- **Caso SRAG-Hospitalizado:** Indivíduo hospitalizado com Síndrome Gripal que apresente dispneia/desconforto respiratório **OU** pressão persistente no tórax **OU** saturação de O₂ < 95% em ar ambiente **OU** coloração azulada dos lábios ou rosto **OU** que evoluiu para óbito por SRAG independente de internação.

B) CASO CONFIRMADO DE DOENÇA PELO CORONAVÍRUS 2019 (COVID-19)

Por Critério Laboratorial – Caso suspeito de SG ou SRAG com teste de:

- **Biologia molecular (RT-PCR em tempo real, detecção do vírus SARS-CoV2):** com resultado detectável para SARS-CoV2. Amostra clínica coletada, preferencialmente até o sétimo dia de início de sintomas.

ATENÇÃO

Conforme Nota Técnica COES MINAS COVID-19 Nº 29/2020 – 30/04/2020, os laudos emitidos por todos os laboratórios privados poderão ser utilizados para efetuar o fechamento da investigação epidemiológica de COVID-19, sem a realização de análises adicionais/confirmação pelo Laboratório Central de Saúde Pública de Minas Gerais (LACEN-MG/FUNED).

- **Imunológico (teste rápido ou sorologia clássica para detecção de anticorpos para o SARS-CoV2):** com resultado positivo para anticorpos IgM e/ou IgG. Em amostra coletada após o sétimo dia de início dos sintomas.

ATENÇÃO

Conforme Nota Técnica COES MINAS COVID-19 Nº 29/2020 – 30/04/2020, no caso dos testes sorológicos, serão aceitos resultados de testes que possuam registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Os resultados positivos serão aceitos para fins epidemiológicos. Entretanto, os resultados negativos, não deverão ser utilizados para descartar os casos suspeitos

Por critério clínico-epidemiológico – Caso suspeito de SG ou SRAG com: Histórico de contato próximo ou domiciliar², nos últimos 7 dias antes do aparecimento dos sintomas, com caso confirmado laboratorialmente para COVID-19 **E** para o qual não foi possível realizar a investigação laboratorial específica.

²CONTATO PRÓXIMO DE CASOS SUSPEITOS OU CONFIRMADOS DE COVID-19: São considerados contatos próximos:

- Uma pessoa que teve contato físico direto (por exemplo, apertando as mãos);
- Uma pessoa que tenha contato direto desprotegido com secreções infecciosas (por exemplo, gotículas de tosse, contato sem proteção com tecido ou lenços de papel usados e que contenham secreções);
- Uma pessoa que teve contato frente a frente por 15 minutos ou mais e a uma distância inferior a 2 metros;
- Uma pessoa que esteve em um ambiente fechado (por exemplo, sala de aula, sala de reunião, sala de espera do hospital etc.) por 15 minutos ou mais e a uma distância inferior a 2 metros;



- Um profissional de saúde ou outra pessoa que cuide diretamente de um caso de COVID-19 ou trabalhadores de laboratório que manipulam amostras de um caso de COVID-19 sem Equipamento de Proteção Individual (EPI) recomendado, ou com uma possível violação do EPI;
- Um passageiro de uma aeronave sentado no raio de dois assentos de distância (em qualquer direção) de um caso confirmado de COVID-19; seus acompanhantes ou cuidadores e os tripulantes que trabalharam na seção da aeronave em que o caso estava sentado.

C) CASO DESCARTADO DE DOENÇA PELO CORONAVÍRUS 2019 (COVID-19)

Caso suspeito de SG ou SRAG com resultado laboratorial negativo para CORONAVÍRUS (SARS-CoV-2 não detectável pelo método de RT-PCR em tempo real), considerando a oportunidade de coleta **OU** confirmação laboratorial para outro agente etiológico.

ATENÇÃO

Conforme Nota Técnica COES MINAS COVID-19 Nº 29/2020 – 30/04/2020, os resultados de testes rápidos/sorológicos negativos, não deverão ser utilizados para descartar os casos suspeitos.

D) CASOS NÃO CLASSIFICADOS

- **Casos de SG com resultado negativo para COVID-19 pelo método Imunológico:** (teste rápido ou sorologia clássica para detecção de anticorpos para o SARS-CoV2): o resultado não reagente deve ser inserido no E-SUS VE, mas **NÃO** devem ser descartados por causa da baixa especificidade desses testes. Serão registrados e divulgados não mais como suspeitos, mas como **SÍNDROME GRIPAL INESPECÍFICA (J11 do CID-10)**, sempre que disponíveis nos sistemas de registros.

No E-SUS VE, até que o Ministério da Saúde defina a classificação, estes casos permanecerão sem encerramento.

- **Casos de SG sem investigação laboratorial específica para COVID-19:** devem ser registrados sempre que disponíveis nos sistemas de registros e divulgados em todos os meios de comunicações e mídias como **SÍNDROME GRIPAL INESPECÍFICA (J11 do CID-10)**.

No E-SUS VE, até que o Ministério da Saúde defina a classificação, estes casos permanecerão sem encerramento.

2. NOTIFICAÇÃO DOS CASOS

NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA IMEDIATA: A doença causada pelo Coronavírus (COVID-19) constitui uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) assim, todo caso é de notificação compulsória **IMEDIATA**, ou seja, deve ser comunicada por profissional de saúde em até 24 horas a partir da ocorrência de casos suspeitos, conforme determina a Resolução SES/MG n. 6.532/2018.



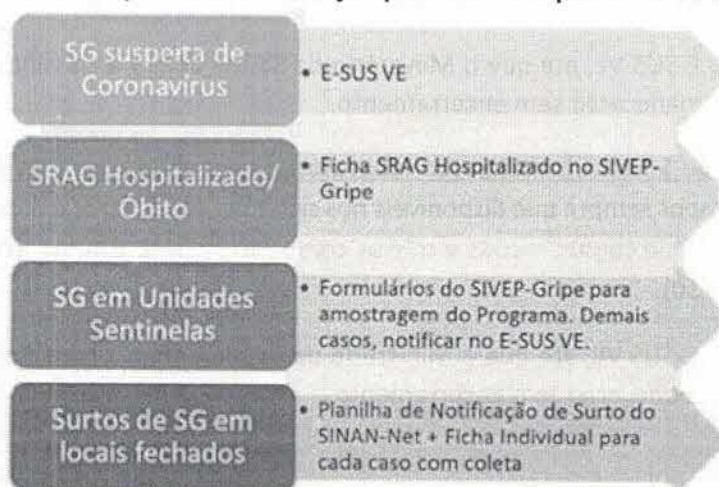
Sendo assim, teremos situações a serem notificadas que os doentes manifestam quadro de Síndrome Gripal (SG) e outras situações que se enquadram em Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG).

De acordo com a classificação de manejo clínico dos casos de Coronavírus no Protocolo Estadual (disponível em www.saude.mg.gov.br/coronavirus), os casos LEVES serão classificados como Síndrome Gripal e os casos GRAVES e INTERNADOS serão classificados como Síndrome Respiratória Aguda Grave.

- **Casos leves de Síndrome Gripal:** Deverão ser notificados no E-SUS VE: <https://notifica.saude.gov.br/login> utilizando dados do instrumento *on-line*.
- **Casos graves e óbitos de Síndrome Respiratória Aguda Grave:** Deverão ser notificados no SIVEP-Gripe utilizando a Ficha de SRAG Hospitalizado (modelo de março de 2020 – em anexo). Para envio de amostras clínicas ao LACEN, deverá ser enviada junto com a amostra a mesma ficha.
- **Unidades sentinelas:** As unidades sentinelas já existentes e as novas que serão implementadas, deverão seguir a rotina do SIVEP-Gripe, alimentando o sistema em relação a: Casos individuais; Atendimento de Síndrome Gripal; Internações; Coleta de amostras. Os casos de Síndrome Gripal detectados nestes serviços também deverão ser notificados no E-SUS VE.
- **Surto de Síndrome Gripal (SG) em comunidades/instituições fechadas** – Notificar de forma agregada no módulo de surto do SINAN Net. (CID J06).

Planilha de Notificação de Surto do SINAN-Net + Ficha Individual para cada caso com coleta.

FIGURA 1 - Esquema de notificação para casos suspeitos de COVID-19



Em relação ao registro dos testes realizados (testes sorológicos e testes rápidos), fica definido o seguinte:

NOTIFICAÇÕES RELACIONADAS A TESTES RÁPIDOS/SOROLÓGICOS/BIOLOGIA MOLECULAR
(De forma geral, incluindo laboratórios privados, farmácias, serviços de saúde, etc)

- Notificar o caso no E-SUS VE e preencher as informações do teste (sendo positivo ou negativo); Link de acesso: <http://notifica.saude.gov.br/>



- O laudo pode ser emitido pela plataforma FormSUS através do link:
http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id_aplicacao=55514.

Demais orientações e para testes distribuídos pelo Ministério da Saúde e Secretaria Estadual de Saúde aos municípios, seguir a Nota Técnica COES MINAS COVID-19 Nº 25 – 20/04/2020. Disponível em:
https://www.saude.mg.gov.br/images/noticias_e_eventos/000_2020/mar_abr_maio/20-04-Nota-Tecnica-COES-25.pdf

- **PARA MUNICÍPIOS QUE ADQUIRIRAM TESTES COM RECURSOS PRÓPRIOS, LABORATÓRIOS PRIVADOS, FARMÁCIAS, ETC:** Ao testar assintomáticos deverão ser notificados no E-SUS VE da seguinte maneira:

Em sintomas, marcar “outros” e no campo aberto escrever “assintomático”.

- Situações especiais, incluindo surtos, serão discutidas com a vigilância epidemiológica.

ATENÇÃO

ESTAS ORIENTAÇÕES RETIFICAM A NOTA TÉCNICA COES MINAS COVID-19 Nº 29/2020 – 30/04/2020 (ORIENTAÇÕES SOBRE A UTILIZAÇÃO DE LAUDOS DIAGNÓSTICO DE COVID-19 EMITIDOS POR LABORATÓRIOS PRIVADOS PELA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DE MINAS GERAIS).

3. COLETA DE AMOSTRAS PARA EXAMES LABORATORIAS

A equipe de saúde determinará se o paciente atende aos critérios de teste para COVID-19 com base nas Situações com indicação para coleta de amostra e testagem para COVID-19 no momento atual.

A) AMPLIAÇÃO DOS CRITÉRIOS DE COLETA DE EXAMES LABORATORIAIS:

Diante do atual cenário de propagação do COVID-19, a Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (SES-MG), visando a prevenção e atenção às populações privadas de liberdade, bem como aos profissionais de segurança pública do estado, amplia, através desta nota informativa, os critérios de COLETA DE EXAMES LABORATORIAIS, em consonância com o INFORME EPIDEMIOLÓGICO E ASSISTENCIAL COVID-19 (Edição Especial) atualizado e publicado pela SES-MG em 26 de abril de 2020.

Nesse sentido, esta Secretaria de Estado vem ampliar as situações com indicação para coleta de amostra e testagem pela metodologia de Biologia Molecular – RT-PCR para COVID-19 no momento atual, que passam a ser:



**SITUAÇÕES COM INDICAÇÃO PARA COLETA DE AMOSTRA E TESTAGEM
PARA COVID-19 NO MOMENTO ATUAL:**

- A) Amostras provenientes de unidades sentinelas de Síndrome Gripal (SG) e Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG);
- B) TODOS os casos de SRAG hospitalizados;
- C) TODOS os óbitos suspeitos;
- D) Profissionais de saúde sintomáticos (neste caso, se disponível, priorizar Teste Rápido e profissionais da assistência direta);
- E) Profissionais de segurança pública sintomáticos (neste caso, se disponível, priorizar Teste Rápido);
- F) Por amostragem representativa (mínimo de 10% dos casos ou 3 coletas), nos surtos de SG em locais fechados (ex: asilos, hospitais, etc);
- G) Público privado de liberdade e adolescentes em cumprimento de medida restritiva ou privativa de liberdade, ambos sintomáticos.

OBSERVAÇÃO: Devem ser seguidas **TODAS** as orientações para coleta de amostras para diagnóstico de Vírus Respiratórios conforme documentos e Notas Técnicas disponíveis em:

www.funed.mg.gov.br
www.saude.mg.gov.br/coronavirus

As orientações atualizadas neste documento devem ser seguidas a fim de contribuir no enfrentamento da COVID-19 e acolher as demandas de saúde pública mediante ao atual cenário emergencial.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância Epidemiológica**. Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional pela Doença pelo Coronavírus 2019. Brasília, 03 de abril de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. **Nota Técnica N. 11/2020-DESF/SAPS/MS**. 2020.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. **NOTA TÉCNICA CONJUNTA 01 / 2020: UTILIZAÇÃO E DISTRIBUIÇÃO DE TESTES RÁPIDOS PARA COVID-19**. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **NOTA INFORMATIVA Nº 2/2020-SAPS/MS Assunto: Oferta de testes rápidos para COVID-19**. 2020.



ANEXO I: FICHA DE REGISTRO INDIVIDUAL – CASOS DE SRAG HOSPITALIZADO

Nº _____

SIVEP Gripe
12/03/2020

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DA GRIPE

FICHA DE REGISTRO INDIVIDUAL - CASOS DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE HOSPITALIZADO

CASO DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE (SRAG-HOSPITALIZADO):
Indivíduo hospitalizado com febre, mesmo que referida, acompanhada de tosse ou dor de garganta e que apresente dispnéia ou saturação de O₂ < 95% ou desconforto respiratório ou que evoluiu para óbito por SRAG independente de internação.

1	Data do preenchimento da ficha de notificação:	2	Data de 1ºs sintomas da SRAG:		
3	UF:	4	Município: Código (IBGE):		
5	Unidade de Saúde:		Código (CNES):		
Dados do Paciente	6	CPF do cidadão: _____			
	7	Nome: _____			
	9	Data de nascimento:	10	(ou) Idade: _____ 1-Dia 2-Mês 3-Ano	
	8	Sexo: <input type="checkbox"/> 1- Masc. 2- Fem. 9- Ign			
	11	Gestante: <input type="checkbox"/> 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4-Idade Gestacional Ignorada 5-Não 6-Não se aplica 9-Ignorado			
12	Raça/Cor: <input type="checkbox"/> 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9-Ignorado				
13	Se indígena, qual etnia? _____				
14	Escolaridade: <input type="checkbox"/> 0-Sem escolaridade/Analfabeto 1-Fundamental 1º ciclo (1ª a 5ª série) 2-Fundamental 2º ciclo (6ª a 9ª série) 3-Médio (1ª ao 3º ano) 4-Superior 5-Não se aplica 9-Ignorado				
15	Nome da mãe: _____				
Dados de residência	16	CEP: _____			
	17	UF:	18	Município: Código (IBGE):	
	19	Bairro:	20	Logradouro (Rua, Avenida, etc.): 21 Nº:	
	22	Complemento (apto, casa, etc...):		23	(DDD) Telefone:
	24	Zona: <input type="checkbox"/> 1-Urbana 2-Rural 3-Periurbana 9-Ignorado	25	País: (se residente fora do Brasil)	
Dados Clínicos e Epidemiológicos	26	Paciente tem histórico de viagem internacional até 14 dias antes do início dos sintomas? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ign			
	27	Se sim: Qual país? _____	28	Em qual local? _____	
	29	Data da viagem: _____	30	Data do retorno: _____	
	31	É caso proveniente de surto de SG que evoluiu para SRAG? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado			
	32	Trata-se de caso nosocomial (infecção adquirida no hospital)? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado			
	33	Paciente trabalha ou tem contato direto com aves ou suínos? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado			
	34	Sinais e Sintomas: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Dor de Garganta <input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Desconforto Respiratório <input type="checkbox"/> Saturação O ₂ < 95% <input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Vômito <input type="checkbox"/> Outros _____			
	35	Possui fatores de risco/comorbidades? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se sim, qual(is)? (Marcar X) <input type="checkbox"/> Puérpera (até 45 dias do parto) <input type="checkbox"/> Doença Cardiovascular Crônica <input type="checkbox"/> Doença Hematológica Crônica <input type="checkbox"/> Síndrome de Down <input type="checkbox"/> Doença Hepática Crônica <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> Doença Neurológica Crônica <input type="checkbox"/> Outra Pneumopatia Crônica <input type="checkbox"/> Imunodeficiência/Imunodepressão <input type="checkbox"/> Doença Renal Crônica <input type="checkbox"/> Obesidade, IMC _____ <input type="checkbox"/> Outros _____			
	36	Recebeu vacina contra Gripe na última campanha? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado			
	37	Data da vacinação: _____			
Se < 6 meses: a mãe recebeu a vacina? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado		Se sim, data: _____			
a mãe amamenta a criança? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado					
Se >= 6 meses e <= 8 anos:					
Data da dose única 1/1: _____ (dose única para crianças vacinadas em campanhas de anos anteriores)					
Data da 1ª dose: _____ (1ª dose para crianças vacinadas pela primeira vez)					
Data da 2ª dose: _____ (2ª dose para crianças vacinadas pela primeira vez)					



Dados de Atendimento	38 Usou antiviral para gripe? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	39 Qual antiviral? <input type="checkbox"/> 1-Oseltamivir 2-Zanamivir 3-Outro, especifique: _____	40 Data início do tratamento ____ ____ ____
	41 Houve internação? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	42 Data da internação por SRAG: ____ ____ ____	43 UF de internação: ____
	44 Município de internação: _____		Código (IBGE): ____ ____ ____
	45 Unidade de Saúde de internação: _____		Código (CNES): ____ ____ ____
	46 Internado em UTI? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	47 Data da entrada na UTI: ____ ____ ____	48 Data da saída da UTI: ____ ____ ____
	49 Uso de suporte ventilatório: <input type="checkbox"/> 1-Sim, invasivo 2-Sim, não invasivo 3-Não 9-Ignorado	50 Raio X de Tórax: <input type="checkbox"/> 1-Normal 2-Infiltrado intersticial 3-Consolidação 4-Misto 5-Outro: 6-Não realizado 9-Ignorado	51 Data do Raio X: ____ ____ ____
	52 Coletou amostra? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	53 Data da coleta: ____ ____ ____	54 Tipo de amostra: <input type="checkbox"/> 1-Secreção de Naso-orofaringe 2-Lavado Brônco-alveolar 3-Tecido post-mortem 4-Outra, qual? _____ 9-Ignorado
Dados Laboratoriais	55 Nº Requisição do GAL: _____		
	56 Resultado da IF/outro método que não seja Biologia Molecular: <input type="checkbox"/> 1-Positivo 2-Negativo 3-Inconclusivo 4-Não realizado 5-Aguardando resultado 9-Ignorado	57 Data do resultado da IF/outro método que não seja Biologia Molecular: ____ ____ ____	
	58 Agente Etiológico – IF/outro método que não seja Biologia Molecular: Positivo para Influenza? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se sim, qual influenza? <input type="checkbox"/> 1-Influenza A 2-Influenza B Positivo para outros vírus? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se outros vírus respiratórios qual(is)? (marcar X) <input type="checkbox"/> Vírus Sincicial Respiratório <input type="checkbox"/> Parainfluenza 1 <input type="checkbox"/> Parainfluenza 2 <input type="checkbox"/> Parainfluenza 3 <input type="checkbox"/> Adenovírus <input type="checkbox"/> Outro vírus respiratório, especifique: _____		
	59 Laboratório que realizou IF/outro método que não seja Biologia Molecular: _____ Código (CNES): ____ ____ ____		
	60 Resultado da RT-PCR/outro método por Biologia Molecular: <input type="checkbox"/> 1-Detectável 2-Não Detectável 3-Inconclusivo 4-Não realizado 5-Aguardando resultado 9-Ignorado	61 Data do resultado RT-PCR/outro método por Biologia Molecular: ____ ____ ____	
	62 Agente Etiológico – RT-PCR/outro método por Biologia Molecular: Positivo para Influenza? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se sim, qual influenza? <input type="checkbox"/> 1-Influenza A 2-Influenza B Influenza A, qual subtipo? <input type="checkbox"/> 1-Influenza A(H1N1)pdm09 2-Influenza A/H3N2 3-Influenza A não subtipado 4-Influenza A não subtipável 5-Inconclusivo 6-Outro, especifique: _____ Influenza B, qual linhagem? <input type="checkbox"/> 1-Victoria 2-Yamagata 3-Não realizado 4-Inconclusivo 5-Outro, especifique: _____ Positivo para outros vírus? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se outros vírus respiratórios, qual(is)? (marcar X) <input type="checkbox"/> SARS-CoV-2 <input type="checkbox"/> Vírus Sincicial Respiratório <input type="checkbox"/> Parainfluenza 1 <input type="checkbox"/> Parainfluenza 2 <input type="checkbox"/> Parainfluenza 3 <input type="checkbox"/> Parainfluenza 4 <input type="checkbox"/> Adenovírus <input type="checkbox"/> Metapneumovírus <input type="checkbox"/> Bocavírus <input type="checkbox"/> Rinovírus <input type="checkbox"/> Outro vírus respiratório, especifique: _____		
63 Laboratório que realizou RT-PCR/outro método por Biologia Molecular: _____ Código (CNES): ____ ____ ____			
Conclusão	64 Classificação final do caso: <input type="checkbox"/> 1-SRAG por influenza 2-SRAG por outro vírus respiratório 3-SRAG por outro agente etiológico, qual _____ 4-SRAG não especificado		
	65 Critério de Encerramento: <input type="checkbox"/> 1-Laboratorial 2-Vínculo-Epidemiológico 3-Clinico		
	66 Evolução do Caso: <input type="checkbox"/> 1-Cura 2-Óbito 9-Ignorado	67 Data da alta ou óbito: ____ ____ ____	68 Data do Encerramento: ____ ____ ____
69 OBSERVAÇÕES: _____ _____			
70 Profissional de Saúde Responsável: _____		71 Registro Conselho/Matrícula: ____ ____ ____	



ANEXO II

FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE SG SUSPEITO DE DOENÇA PELO CORONAVÍRUS 2019
(COVID-19) – FICHA DO E-SUS VE



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

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)	Estrangeiro: (Marcar X)	É profissional de saúde? (Marcar X)
	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	CBO:	CPF: _____	
	CNS: _____		
	Nome Completo:		
	Nome Completo da Mãe:		
	Data de nascimento:	País de origem:	
	Sexo: (Marcar X)	Passaporte:	
	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	_____	
	CEP: _____		
UF:	Município de Residência:		
Logradouro:		Número:	
Complemento:		Bairro:	
Telefone Celular: _____		Telefone do contato: _____	
Data da Notificação: _____			
DADOS CLÍNICOS EPIDEMIOLÓGICOS	Sintomas: (Marcar X)		Data do início dos sintomas: _____
	<input type="checkbox"/> Dor de Garganta	<input type="checkbox"/> Dispneia	<input type="checkbox"/> Febre
	<input type="checkbox"/> Tosse	<input type="checkbox"/> Outros	
	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)	Data da Coleta do Teste:	Tipo de Teste: (Marcar X)	Resultado do teste: (Marcar X)
<input type="checkbox"/> Solicitado	_____	<input type="checkbox"/> Teste rápido – anticorpo	<input type="checkbox"/> Negativo
<input type="checkbox"/> Coletado		<input type="checkbox"/> Teste rápido – antígeno	<input type="checkbox"/> Positivo
<input type="checkbox"/> Concluído		<input type="checkbox"/> RT - PCR	
Classificação final: (Marcar X)	Evolução do caso: (Marcar X)		
<input type="checkbox"/> Confirmação laboratorial	<input type="checkbox"/> Cancelado	<input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> Óbito
<input type="checkbox"/> Confirmação clínico epidemiológico	<input type="checkbox"/> Cura	<input type="checkbox"/> Internado	<input type="checkbox"/> Internado em UTI
<input type="checkbox"/> Descartado	<input type="checkbox"/> Em tratamento domiciliar		
Data de encerramento: _____			
Informações complementares e observações			
Observações Adicionais			



Instrutivo de preenchimento da ficha de notificação de caso de Síndrome
Gripal suspeito de doença pelo Coronavírus 2019 – COVID-19 (B34.2)

CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO é aquele cuja ausência de dados impossibilita a inclusão da notificação no e-SUS VE.

- N° (Número da notificação): campo interno gerado automaticamente pelo sistema.
- UF (Unidade Federada): corresponde à UF que realizou a notificação; campo interno gerado automaticamente pelo sistema, a partir do operador logado.
- Município de notificação: corresponde ao município que realizou a notificação; campo interno gerado automaticamente pelo sistema, a partir do operador logado.
- Tem CPF? Informar se o paciente tem CPF (Sim/Não). **CAMPO OBRIGATÓRIO.** Se selecionado “Sim”, preencher campo “CPF”. Se não, preencher os campos “Estrangeiro” (Sim /Não), “CNS” e Nome Completo da Mãe.
- CPF: Anotar o CPF do paciente. **CAMPO OBRIGATÓRIO.**
OBS: Ao digitar um CPF, o sistema preenche automaticamente os campos nome completo, data de nascimento, sexo, raça/cor e endereço a partir dos dados da RFB/CNS. Somente o último campo citado poderá ser editado pelo operador.
- Estrangeiro: Informar se o paciente é estrangeiro (Sim/Não). **CAMPO OBRIGATÓRIO.**
Se selecionado “Sim”, preencher os campos “País de origem” e “Passaporte”.
- CNS: Preencher com o número do Cartão Nacional de Saúde do paciente.
- País de origem: Se estrangeiro, informar o país de origem. **CAMPO OBRIGATÓRIO.**
- Passaporte: Se estrangeiro, informar o número do passaporte. **CAMPO OBRIGATÓRIO.**
- É profissional de saúde? Informar se o paciente é profissional de saúde (Sim/Não). **CAMPO OBRIGATÓRIO.** Se o paciente for profissional de saúde, informar o CBO.
- CBO: Selecionar o código/ocupação do paciente quando for profissional de saúde. **CAMPO OBRIGATÓRIO.**
- Nome Completo: preencher com o nome completo do paciente (sem abreviações). **CAMPO OBRIGATÓRIO.**



- **Nome Completo da Mãe:** preencher com o nome completo da mãe do paciente (sem abreviações). **CAMPO OBRIGATÓRIO**, se variável “Tem CPF?” for preenchido como não.

- **Data de nascimento:** informar a data de nascimento do paciente (dia/mês/ano). **CAMPO OBRIGATÓRIO.**

- **Sexo:** informar o sexo do paciente (Masculino/Feminino). **CAMPO OBRIGATÓRIO.**

- **Raça/cor:** informar a raça/cor declarada pelo paciente (Branca/Preta/Amarela/Parda/Indígena).

- **CEP:** informar o CEP – código de endereçamento postal do logradouro da residência do paciente. Indivíduo não sabe o CEP, preencher com 00000-000.

- **Logradouro:** Anotar o tipo (avenida, rua, travessa, etc) e o nome completo do logradouro da residência do paciente. Se pessoa em situação de rua, cigano ou análogo: preencher com dados do notificante. Se estrangeiro, preencher com dados do endereço onde esteja hospedado.

- **Número (SN):** preencher com o número do logradouro da residência do paciente. Se não houver, preencher com SN.

- **Complemento:** Anotar o complemento do logradouro (ex. Bloco B, apto 402, lote 25, casa 14, etc).

- **Bairro:** Anotar o nome do bairro de residência do paciente.

- **UF/Estado de residência:** Selecionar a unidade de federação da residência do paciente.

CAMPO OBRIGATÓRIO.

- **Município de residência:** Selecionar o município de residência do paciente. **CAMPO OBRIGATÓRIO.**

- **Telefone celular:** Informar o telefone celular do paciente. **CAMPO OBRIGATÓRIO.**

- **Telefone de contato:** Informar o telefone celular do paciente.

- **Data da Notificação:** Anotar a data da notificação (data de preenchimento da ficha de notificação). **CAMPO OBRIGATÓRIO.**

- **Sintomas:** Selecionar os sintomas (Dor de garganta, Dispneia, Febre, Tosse e Outros) relatados pelo paciente ou aferido pelo profissional de saúde. Se sintomas “Outros” que não os listados, especificar (campo aberto). **CAMPO OBRIGATÓRIO.**

OBS: Se o paciente for assintomático, porém com resultado positivo para COVID-19, selecionar “Outros”, e preencher com “Assintomático”.

- **Data do início dos sintomas:** informar a data de início dos sintomas relatados pelo paciente. **CAMPO OBRIGATÓRIO.**

30/04/2020.



OBS: Se o paciente for assintomático, porém com resultado positivo para COVID-19, informar a data da notificação.

- **Condições:** selecionar as condições associadas.

- **Estado do teste:** informar se o exame foi solicitado, coletado ou concluído.

Se selecionada a categoria “Coletado”, preencher a data da coleta do teste.

Se selecionada a categoria “Concluído”, preencher os campos “Data da Coleta do Teste”, “Tipo de Teste” e “Resultado do Teste”.

- **Data da coleta do teste:** informar a data da coleta do exame. **CAMPO OBRIGATÓRIO.**

- **Tipo de teste:** Selecionar o teste que foi realizado (Teste rápido – anticorpo, Teste rápido – antígeno, RT-PCR). **CAMPO OBRIGATÓRIO.**

OBS: Caso o paciente tenha resultado positivo ou negativo tanto para teste rápido quanto para RT-PCR, selecionar a opção RT-PCR.

- **Resultado do teste:** Informar se o resultado do exame foi negativo ou positivo para COVID-19. **CAMPO OBRIGATÓRIO.**

- **Classificação final:**

-- Selecionar “**Confirmação laboratorial**”, se o paciente teve resultado positivo para COVID-19;

-- Selecionar “**Confirmação clínico-epidemiológica**”, se não houve realização de exame, mas o paciente relata histórico de contato próximo ou domiciliar, nos últimos 7 dias antes do aparecimento dos sintomas, com caso confirmado laboratorialmente para COVID-19; e

-- Selecionar “**Descartado**”, se o exame foi negativo para COVID-19.

- **Evolução do caso:** Informar a evolução do caso, independentemente do resultado do teste e da classificação final do paciente.

OBS: A categoria “Cancelado” significa excluir ficha.

- **Data de encerramento:** Informar a data do encerramento. **CAMPO OBRIGATÓRIO,** se o campo “Evolução do caso” for preenchido.