

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

### Definição de Caso Suspeito:

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

### Definição de Caso Provável:

Critérios clínicos		Critérios epidemiológicos
Febre <sup>¥</sup> ou sintomas respiratórios (por exemplo, tosse e dificuldade para respirar)	e	Nos últimos 14 dias antes do início dos sintomas, tenha tido contato próximo <sup>§</sup> <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

\* must provide value

Selecione os sintomas apresentados

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Febre                    | <input type="checkbox"/> Calafrios                         |
| <input type="checkbox"/> Tosse                    | <input type="checkbox"/> Congestão nasal                   |
| <input type="checkbox"/> Dor de garganta          | <input type="checkbox"/> Congestão conjuntival             |
| <input type="checkbox"/> Dificuldade de respirar  | <input type="checkbox"/> Dificuldade para deglutir         |
| <input type="checkbox"/> Mialgia/artralgia        | <input type="checkbox"/> Manchas vermelhas pelo corpo      |
| <input type="checkbox"/> Diarreia                 | <input type="checkbox"/> Gânglios linfáticos aumentados    |
| <input type="checkbox"/> Náusea/vômitos           | <input type="checkbox"/> Batimento das asas nasais         |
| <input type="checkbox"/> Cefaleia (dor de cabeça) | <input type="checkbox"/> Saturação de O <sub>2</sub> < 95% |
| <input type="checkbox"/> Coriza                   | <input type="checkbox"/> Sinais de cianose,                |
| <input type="checkbox"/> Irritabilidade/confusão  | <input type="checkbox"/> Tiragem intercostal               |
| <input type="checkbox"/> Adinamia (fraqueza)      | <input type="checkbox"/> Dispneia                          |
| <input type="checkbox"/> Produção de escarro      | <input type="checkbox"/> Outros                            |

O paciente utilizou analgésico, antitérmico ou antiinflamatório?

- Sim  Não

Selecione os sinais clínicos observados:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Febre             | <input type="checkbox"/> Dispneia/Taquipneia              |
| <input type="checkbox"/> Exsudato faríngeo | <input type="checkbox"/> Alteração de ausculta pulmonar   |
| <input type="checkbox"/> Convulsão         | <input type="checkbox"/> Alteração na radiologia de tórax |
| <input type="checkbox"/> Conjuntivite      | <input type="checkbox"/> Outros                           |
| <input type="checkbox"/> Coma              |   |

Morbidades prévias (selecionar todas morbidades pertinentes):

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Doença cardiovascular, incluindo hipertensão | <input type="checkbox"/> Infecção pelo HIV                        |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                                     | <input type="checkbox"/> Doença renal                             |
| <input type="checkbox"/> Doença hepática                              | <input type="checkbox"/> Doença pulmonar crônica                  |
| <input type="checkbox"/> Doença neurológica crônica ou neuromuscular  | <input type="checkbox"/> Neoplasia (tumor sólido ou hematológico) |
| <input type="checkbox"/> Imunodeficiência                             |   |

Paciente foi hospitalizado?

- Sim  Não  Não sabe

Situação de saúde do paciente no momento da notificação:

- Óbito  Cura  Sintomático  Ignorado

Foi realizada coleta de amostra do paciente?

- Sim  Não  Não sabe

## Dados de exposição e viagens

Paciente tem histórico de viagem para fora do Brasil até 14 dias antes do início dos sintomas?  Sim  Não  Não Sabe

O paciente teve contato próximo com uma pessoa que seja caso SUSPEITO de Novo Coronavírus (2019-nCoV)?  Sim  Não  Não Sabe

O paciente teve contato próximo com uma pessoa que seja caso CONFIRMADO de Novo Coronavírus (2019-nCoV)?  Sim  Não  Não Sabe

Esteve em alguma unidade de saúde nos 14 dias antes do início dos sintomas?  Sim  Não  Não sabe

### Ocupação do caso suspeito:

- Profissional de saúde  Trabalha em contato com animais  
 Estudante da área de saúde  Outros  
 Profissional de laboratório

Teve contato próximo com animais em áreas afetadas?  Sim  Não  Não sabe

## Identificação da unidade notificadora:

Origem da notificação:

Estado de notificação (UF)?

Município de notificação

Nome do unidade de notificação:

Nome do notificador:

Profissão ou ocupação:

Telefone de contato do notificador/unidade notificante:

E-mail do notificador/unidade notificadora:

Classificação automatizada dos casos suspeitos e prováveis:

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