



**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 pelo menos dois (2) dos seguintes sinais e sintomas: febre (mesmo que referido), calafrios, dor de garganta, dor de cabeça, tosse, coriza, distúrbios olfativos ou distúrbios gustativos.  
**Em crianças:** além dos itens anteriores, considera-se também obstrução nasal, na ausência de outro diagnóstico específico.  
**Em idosos:** deve-se considerar também critérios específicos de agravamento como síncope, confusão mental, sonolência excessiva, irritabilidade e inapetência.  
 Na suspeita de COVID-19, a febre pode estar ausente e sintomas gastrointestinais (diarreia) podem estar presentes.

UF: \_\_\_\_\_ Município de Notificação: \_\_\_\_\_

<b>Tem CPF?</b> (Marcar X) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<b>Estrangeiro:</b> (Marcar X) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<b>É profissional de saúde?</b> (Marcar X) <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)  Masculino  Feminino **Passaporte:** \_\_\_\_\_

**CEP:** \_\_\_\_\_

**UF:** \_\_\_\_\_ **Município de Residência:** \_\_\_\_\_

**Logradouro:** \_\_\_\_\_ **Número:** \_\_\_\_\_

**Complemento:** \_\_\_\_\_ **Bairro:** \_\_\_\_\_

**Telefone Celular:** \_\_\_\_\_ **Telefone do contato:** \_\_\_\_\_

**Data da Notificação:** \_\_\_\_\_

**Sintomas:** (Marcar X) **Data do início dos sintomas:** \_\_\_\_\_  
 Dor de Garganta  Dor de Cabeça  Febre  Calafrios  
 Tosse  Coriza  Distúrbios Olfativos  Distúrbios Gustativos

**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

<b>Estado do Teste:</b> (Marcar X) <input type="checkbox"/> Solicitado <input type="checkbox"/> Coletado <input type="checkbox"/> Concluído	<b>Data da Coleta do Teste:</b> _____	<b>Tipo de Teste:</b> (Marcar X) <input type="checkbox"/> Teste rápido – anticorpo <input type="checkbox"/> Teste rápido – antígeno <input type="checkbox"/> RT - PCR	<b>Resultado do teste:</b> (Marcar X) <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Positivo
--	---------------------------------------	--	---

<b>Classificação final:</b> (Marcar X) <input type="checkbox"/> Confirmação laboratorial <input type="checkbox"/> Confirmação clínico epidemiológico <input type="checkbox"/> Descartado	<b>Evolução do caso:</b> (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**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_