



**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.

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

**Informações complementares e observações**

**Observações Adicionais**