



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) _ Sim _ Não	Estrangeiro: (Marcar X) _ Sim _ Não	É profissional de saúde ou segurança? (Marcar X) _ Sim _ Não
	CBO: _____	CPF: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
	CNS: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		
	Nome Completo: _____		
	Nome Completo da Mãe: _____		
	Data de nascimento: _ _ _ _ _ _	País de origem: _____	
	Sexo: (Marcar X) _ Masculino _ Feminino	Raça/COR: (Marcar X) _ Branca _ Preta _ Amarela _ Parda _ Indígena	Passaporte: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

DADOS CLÍNICOS EPIDEMIOLÓGICOS	CEP: _ _ _ _ _ _ - _ _			
	UF: _ _	Município de Residência: _____		
	Logradouro: _____	Número : _____		
	Complemento: _____	Bairro: _____		
	Telefone Celular: _ - _ _ _ _ _ _ _ _	Telefone do contato: _ - _ _ _ _ _ _ _ _		
	Data da Notificação: _ _ _ _			
	Sintomas: (Marcar X) _ Dor de Garganta _ Dispneia _ Febre _ Tosse _ Outros _____	Data do início dos sintomas: _ _ _		
	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			
	Estado do Teste: (Marcar X) _ Solicitado _ Coletado _ Concluído	Data da Coleta do Teste: _ _ _ _	Tipo de Teste: (Marcar X) _ Teste rápido – anticorpo _ Teste rápido – antígeno _ RT - PCR	Resultado do teste: (Marcar X) _ Negativo _ Positivo
	Classificação final: (Marcar X) _ Confirmação laboratorial _ Confirmação clínico epidemiológico _ Descartado	Evolução do caso: (Marcar X) _ Cancelado _ Ignorado _ Óbito _ Cura _ Internado _ Internado em UTI _ Em tratamento domiciliar		
Data de encerramento: _ _ _ _				

Informações complementares e observações

Observações Adicionais
