



NOTA TÉCNICA Nº.01/2021 - CIEVS/GEDAT/DVE/SVS

Goiânia, 10 de junho de 2021.

ASSUNTO: ATUALIZAÇÃO QUANTO ÀS ORIENTAÇÕES PARA A COVID-19

1. ASPECTOS GERAIS:

Considerando que em 11 de março de 2020, a Organização Mundial da Saúde classificou a Doença pelo Coronavírus 2019 (SARS-CoV-2) como uma pandemia;

Considerando a Portaria Nº 454, de 20 de março de 2020, que declara, em todo o território nacional, o estado de transmissão comunitária do SARS-CoV-2, causador da Covid-19;

A Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia vem por meio desta Nota Técnica garantir a atualização frente às orientações para os casos suspeitos e confirmados de Covid-19.

2. MODO DE TRANSMISSÃO:

O vírus SARS-CoV-2, semelhante aos outros vírus respiratórios, é transmitido principalmente por contato, gotículas e aerossóis, ao qual a maioria das infecções se propaga por contato próximo (menos de 1 metro, por mais de 15 minutos).

3. DEFINIÇÕES OPERACIONAIS:

3.1. CASO SUSPEITO:

- **SÍNDROME GRIPAL (SG):** Indivíduo com quadro respiratório agudo, caracterizado por pelo menos (2) dos seguintes sinais e sintomas: febre (mesmo que referida), calafrios, dor de garganta, dor de cabeça, tosse, coriza, distúrbios olfativos e distúrbios gustativos e sintomas gastrointestinais (diarreia).

Observações:



Em crianças: Considera-se também obstrução nasal, na ausência de outro diagnóstico específico;

Em idosos: Considera-se também critérios específicos de agravamento, como: síncope, confusão mental, sonolência excessiva, irritabilidade e inapetência.

- **SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE (SRAG):** Indivíduo com SG que apresente: dispneia/desconforto respiratório **OU** pressão ou dor persistente no tórax **OU** saturação de O₂ menor que 95% em ar ambiente **OU** cianose dos lábios ou rosto.

Observações:

Em crianças: Observar presença de batimentos de asa de nariz, cianose, tiragem intercostal, desidratação e inapetência;

3.2. CASO CONFIRMADO DE COVID-19:

- **POR CRITÉRIO CLÍNICO:** Caso de SG ou SRAG associado à anosmia (perda de olfato) E/OU ageusia (perda de paladar) aguda, sem outra causa pregressa;
- **POR CRITÉRIO CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO:** Caso de SG ou SRAG com histórico de contato próximo ou domiciliar, nos 14 dias anteriores ao aparecimento de sinais e sintomas com caso confirmado para Covid-19.
- **POR CRITÉRIO CLÍNICO- IMAGEM:** Caso de **SG** ou **SRAG** ou **ÓBITO por SRAG**, não confirmado pelo critério laboratorial, que apresente pelo menos uma (1) das seguintes alterações tomográficas:
 - **OPACIDADE EM VIDRO FOSCO** periférico, bilateral, com ou sem consolidação ou linhas intralobulares visíveis (“pavimentação”), **OU**
 - **OPACIDADE EM VIDRO FOSCO** multifocal de morfologia arredondada com ou sem consolidação ou linhas intralobulares visíveis (“pavimentação”), **OU**
 - **SINAL DE HALO REVERSO** ou outros achados de pneumonia em organização.
- **POR CRITÉRIO LABORATORIAL EM INDIVÍDUO NÃO VACINADO CONTRA COVID-19:** Caso de SG ou SRAG com teste de:
 - **BIOLOGIA MOLECULAR:** resultado **DETECTÁVEL** para SARS-CoV-2 realizado pelos métodos RT-PCR em tempo real ou RT-LAMP;
 - **PESQUISA DE ANTÍGENO:** resultado **REAGENTE** para SARS-CoV-2 pelo método imunocromatografia para detecção de antígeno.
 - **IMUNOLÓGICO:** resultado **REAGENTE** para IgM, IgA e/ou IgG* realizado pelos métodos Ensaio Imunoenzimático (ELISA), Imunocromatografia (teste rápido) para detecção de anticorpos, Imunoensaio por Eletroquimioluminescência (ECLIA) ou Imunoensaio por Quimioluminescência (CLIA);



Observação: Um resultado IgG reagente deve ser usado como critério laboratorial confirmatório SOMENTE em indivíduo não vacinados, sem diagnóstico laboratorial anterior para Covid-19 e que tenham apresentado sinais e sintomas compatíveis, no mínimo 8 dias antes da realização desse exame. Desconsiderar tais orientações em situação de inquérito sorológico.

- **POR CRITÉRIO LABORATORIAL EM INDIVÍDUO VACINADO CONTRA COVID-19:** Indivíduo que recebeu vacina contra Covid-19 e apresentou quadro posterior de SG ou SRAG com resultado de exame:
 - **BIOLOGIA MOLECULAR:** resultado **DETECTÁVEL** para SARS-CoV-2 realizado pelo método RT-PCR em tempo real ou RT-LAMP;
 - **PESQUISA DE ANTÍGENO:** resultado **REAGENTE** para SARS-CoV-2 pelo método de Imunocromatografia para detecção de antígeno.

Testes imunológicos **NÃO** são recomendados para diagnóstico de Covid-19 em indivíduos vacinados.

- **POR CRITÉRIO LABORATORIAL EM INDIVÍDUO ASSINTOMÁTICO:** Indivíduo ASSINTOMÁTICO com resultado de exame:
 - **BIOLOGIA MOLECULAR:** resultado **DETECTÁVEL** para SARS-CoV-2 realizado pelo método RT-PCR em tempo real ou RT-LAMP;
 - **PESQUISA DE ANTÍGENO:** resultado **REAGENTE** para SARS-CoV-2 pelo método de imunocromatografia para detecção de antígeno.

O critério laboratorial deve ser considerado padrão-ouro, não excluindo os demais critérios de confirmação.

- **CASO DE SG OU SRAG NÃO ESPECIFICADA:** Caso de **SG** ou **SRAG** para o qual não houve identificação de nenhum outro agente etiológico **OU** que não foi possível coletar/processar amostra clínica para diagnóstico laboratorial, **OU** que não foi possível confirmar por outros critérios.
- **CASO DE SG DESCARTADO PARA COVID-19:** Caso de SG para o qual houve identificação de outro agente etiológico confirmado por método laboratorial específico, excluindo-se a possibilidade de uma co-infecção, **OU** confirmação por causa não infecciosa, atestada pelo médico responsável. Ressalta-se que um exame negativo para Covid -19 isoladamente não é suficiente para descartar um caso.

4. MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS/CLASSIFICAÇÃO:

Conforme as manifestações clínicas, os casos podem ser classificados em:

- **CASO ASSINTOMÁTICO:** Teste laboratorial positivo para Covid-19 e ausência de sintomas;



- **CASO LEVE:** Presença de sintomas não específicos, como: tosse, dor de garganta ou coriza, seguido ou não de anosmia, ageusia, diarreia, dor abdominal, febre, calafrios, mialgia, fadiga e/ou cefaleia;
- **CASO MODERADO:** Apresenta sinais de piora progressiva de outros sintomas relacionados à Covid-19 (adinamia, prostração, hiporexia, diarreia), além da presença de pneumonia sem sinais ou sintomas de gravidade;
- **CASO GRAVE:** Indivíduo com quadro típico de SRAG;
 - Em crianças: Considera-se também taquipneia (maior ou igual a 70 rpm para menores de 1 ano e maior ou igual a 50 rpm para crianças maiores que 1 ano), hipoxemia, lesão miocárdica, elevação de enzimas hepáticas, disfunção da coagulação, cianose central ou SpO₂ <90-92% em repouso e ar ambiente, letargia, convulsões, dificuldade de alimentação/recusa alimentar;
- **CASO CRÍTICO:** Os principais sintomas são sepse, síndrome do desconforto respiratório agudo, insuficiência respiratória grave, disfunção de múltiplos órgãos, pneumonia grave, necessidade de suporte respiratório e internações em unidades de terapia intensiva.

5. ORIENTAÇÕES PARA NOTIFICAÇÃO:

De acordo com a Lei Federal nº 6.259, de 30 de outubro de 1975 que estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, para médicos, outros profissionais de saúde ou responsáveis pelos serviços públicos e privados de saúde, que prestam assistência ao paciente e a Portaria nº 1.792, de 17 de julho de 2020, que dispõe sobre a obrigatoriedade de notificação ao Ministério da Saúde de todos os resultados de testes diagnóstico para SARS-CoV-2 realizados por laboratórios da rede pública, rede privada, universitários e quaisquer outros, em todo território nacional.

Devem ser notificados **TODOS** os casos de **SG**, de **SRAG** hospitalizado e **ÓBITO** por SRAG independente da hospitalização, que atendam à definição de caso, bem como, os indivíduos assintomáticos com confirmação laboratorial por biologia molecular ou imunológico de infecção recente por COVID-19.

● NOTIFICAÇÃO DE SÍNDROME GRIPAL (SG):

Devem ser notificados na plataforma e-SUS Notifica, pelo link <https://notifica.saude.gov.br/login>, sendo incluídos:

- Todos os casos suspeitos de Covid-19 com SG;
- Todos os casos de Covid-19 com **SG** confirmados por qualquer um dos critérios;
- Casos de **SG** que necessitem de internação hospitalar, porém que **NÃO** atendam os critérios para SRAG;

Óbitos **NÃO** devem ser notificados na plataforma e-SUS Notifica



● NOTIFICAÇÃO DE SRAG:

Devem ser notificados, por meio da Ficha de Registro Individual – Casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave Hospitalizado do SIVEP-Gripe (ANEXO I), sendo incluídos:

- Casos que atendam os critérios de SRAG e estejam hospitalizados;
- Casos de óbitos por SRAG, independente da hospitalização;

Observação: Hospitais que possuem Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (NVEH) ou unidades privadas que já foram descentralizadas, continuarão a seguir os fluxos já estabelecidos de notificação, coleta, investigação e encerramento de todos os casos de SRAG.

6. ORIENTAÇÕES PARA O ISOLAMENTO:

- **CASOS DE SG CONFIRMADOS POR QUALQUER CRITÉRIO:** As medidas de isolamento e precaução devem iniciar imediatamente e só podem ser suspensas após **10 dias** do início dos sintomas, desde que permaneça afebril sem o uso de medicamentos antitérmicos há pelo menos **24 horas** e com remissão dos sintomas respiratórios.
- **CASOS DE SG QUE NÃO FOI POSSÍVEL CONFIRMAR POR NENHUM DOS CRITÉRIOS:** As medidas de isolamento e precaução podem ser suspensas desde que permaneça afebril sem o uso de medicamentos antitérmicos há, pelo menos, **24 horas e com ausência dos sintomas respiratórios**. Desde que os exames tenham sido realizados no período indicado, evitando resultado falso negativo.
- **CASOS DE SRAG CONFIRMADOS POR QUALQUER CRITÉRIO:** As medidas de isolamento e precaução devem iniciar imediatamente e só podem ser suspensas após **20 dias** do início dos sintomas, desde que permaneça afebril sem o uso de medicamentos antitérmicos há pelo menos **24 horas** e com remissão dos sintomas respiratórios, mediante avaliação médica;
- **CASOS DE SRAG QUE NÃO FOI POSSÍVEL CONFIRMAR POR NENHUM DOS CRITÉRIOS:** Caso o primeiro teste tenha sido negativo, deve-se realizar um segundo teste, 48 após o primeiro, na mesma metodologia, preferencialmente com material de via aérea baixa. Sendo os dois negativos, o paciente poderá ser retirado da precaução para Covid-19. Atentar-se para o diagnóstico de outros vírus respiratórios, como influenza.

ATENÇÃO: Para indivíduos gravemente imunossuprimidos com confirmação para Covid-19 por qualquer um dos critérios as medidas de isolamento e precaução devem iniciar imediatamente e só podem ser suspensas após **20 dias** do início dos sintomas, desde que afebril há **24 horas** e com remissão dos sintomas respiratórios. A estratégia baseada em testagem laboratorial (necessidade de RT-PCR para SARS-CoV-2 negativo) para descontinuidade do isolamento deve ser considerada nesta população, a critério médico.



- **PARA INDIVÍDUOS ASSINTOMÁTICOS CONFIRMADOS LABORATORIALMENTE:** Deve-se manter isolamento, suspendendo-o após **10 dias** da data de coleta da amostra.
- **PARA INDIVÍDUOS ASSINTOMÁTICOS CONTATOS DE CASOS CONFIRMADOS:** As medidas de isolamento e precaução devem iniciar imediatamente e ser mantida por 14 dias. Somente poderão ser suspensas, caso seja realizado um exame laboratorial com resultado não reagente ou não detectado, que deve ser realizado do **5º ao 6º dia** após o último contato com o caso confirmado. Mesmo com resultado não reagente, o auto monitoramento do surgimento de sintomas deve ser feito por um total de 14 dias.

ATENÇÃO: Considera-se contato próximo a pessoa que passou por alguma destas situações com um caso confirmado:

- Esteve a menos de um metro de distância, por um período mínimo de 15 minutos;
- Teve contato físico direto, como aperto de mãos ou abraço;
- É profissional de saúde que prestou assistência sem utilizar equipamentos de proteção individual (EPI) ou com EPI danificado;
- Seja contato domiciliar ou residente na mesma casa/ambiente (creche, alojamento, instituição de longa permanência, entre outros).

A Secretaria Municipal de Saúde informa que deve-se acompanhar por meio do site da Prefeitura de Goiânia (<https://saude.goiania.go.gov.br/goiania-contra-o-coronavirus/>) as estratégias relativas às testagens dos contatos assintomáticos de casos confirmados.

7. DIAGNÓSTICO LABORATORIAL:

Para casos de **SG** e **SRAG** suspeitos de Covid-19:

- **RT-qPCR (padrão ouro):** detecta o RNA do vírus SARS-CoV-2: As coletas devem ser realizadas entre o **1º e o 8º dia** do início dos sintomas (o dia zero deve ser considerado, ou seja a coleta não deve ser feita antes de se ter completado 24 horas do início dos sintomas).

Obs1.: em casos de **SRAG** esse período de coleta do **RT-qPCR** pode ser estendido por até **14 dias**.

Obs2.: em casos de **SRAG** em que o resultado tenha sido não detectável, e não foi possível ser confirmado por outros critérios, pode-se repetir o **RT-qPCR** mais uma vez com pelo menos **48 horas** de intervalo do primeiro teste.



- **Teste rápido de antígeno:** detecta a presença de um antígeno do vírus SARS-CoV-2. As coletas por *swab* nasal devem ser realizadas entre **2º e o 7º dia** após início dos sintomas (o dia zero deve ser considerado, ou seja, a coleta não deve ser feita antes de se ter completado 48 horas do início dos sintomas)
- **RT-LAMP/Teste molecular:** Identifica a presença do SARS-CoV-2 em amostra de saliva durante o período de infecção ativa do vírus;
- **Testes imunológicos:** teste rápido ou sorológico clássico para detecção de anticorpos: que em pacientes sintomáticos a coleta sanguínea é recomendada a partir do **8º dia** de início dos sintomas.

8. COLETA DE PACIENTES COM SRAG:

Nos casos de SRAG hospitalizado, é indicada a coleta de amostras de 100% dos casos.

As coletas deverão ser realizadas em TODAS as unidades de atendimento 24 horas sediadas no município de Goiânia, bem como nos hospitais habilitados para realização de coleta de amostras para investigação diagnóstica de SRAG pelos profissionais que foram devidamente treinados/habilitados para essa função.

Os hospitais conveniados e privados devem solicitar a coleta de amostra clínica para o CIEVS Goiânia, EXCLUSIVAMENTE através dos contatos (62) 3524-3389 ou (62) 3524-3381 – Dias úteis das 7 às 19 horas. Plantão CIEVS: (62) 99240-8185 - Período noturno, finais de semana e feriados.

ATENÇÃO: Em caso de óbitos por SRAG em que não se tem a confirmação do caso por qualquer critério, deve-se proceder a coleta *post-mortem* no serviço de saúde, realizado por meio de *swab* de nasofaringe dos dois lados, preferencialmente nas primeiras 3 horas pós-morte, podendo ser coletado até 12 horas após a ocorrência do óbito. Tais casos devem ser coletados com kit do LACEN, para realização de painel viral.

9. MONITORAMENTO DOS CASOS DE SRAG:

Todos os casos notificados de SRAG são inseridos no sistema de notificação SIVEP-Gripe, e precisam ser monitorados acerca da evolução dos casos. Nesse sentido, o CIEVS Goiânia realiza o monitoramento dos casos internados suspeitos de Covid-19 por meio de uma planilha, devendo ser encaminhada para o e-mail: sraggoiania@gmail.com diariamente. Todos os hospitais notificantes, com exceção dos hospitais descentralizados, devem preencher a planilha com informações dos pacientes internados na instituição e com a evolução dos casos.



**PREFEITURA
DE GOIÂNIA**

Superintendência de Vigilância em Saúde
Diretoria de Vigilância Epidemiológica
Gerência de Vigilância de Doenças e Agravos Transmissíveis
Centro de Informações Estratégicas e Resposta em Vigilância em Saúde



Marilia Belmira de Castro Rego

Gerente de Doenças e Agravos
Transmissíveis
Decreto nº 318/2021

Grécia Carolina Pessoni

Diretora de Vigilância Epidemiológica
Decreto nº 060/2021

Yves Mauro Fernandes Ternes

Superintendência de Vigilância em Saúde
Decreto nº 1078/2021



PREFEITURA
DE GOIÂNIA

Superintendência de Vigilância em Saúde
Diretoria de Vigilância Epidemiológica
Gerência de Vigilância de Doenças e Agravos Transmissíveis
Centro de Informações Estratégicas e Resposta em Vigilância em Saúde



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

Nº _____

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

SIVEP Gripe - SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DA GRIPE
FICHA DE REGISTRO INDIVIDUAL - CASOS DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE HOSPITALIZADO - 23/03/2021

CASO DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE (SRAG-HOSPITALIZADO): Indivíduo com *SG que apresente: dispnéia/desconforto respiratório OU pressão persistente no tórax OU saturação de O₂ menor que 95% em ar ambiente OU coloração azulada dos lábios ou rosto. (*SG: indivíduo com quadro respiratório agudo, caracterizado por pelo menos dois (2) dos seguintes sinais e sintomas: febre (mesmo que referida), calafrios, dor de garganta, dor de cabeça, tosse, coriza, distúrbios olfativos ou gustativos). Para efeito de notificação no Sivep-Gripe, devem ser considerados os casos de SRAG hospitalizados ou os óbitos por SRAG independente de hospitalização.

1	Data do preenchimento da ficha de notificação:	2	Data de 1 ^ª s sintomas
3	UF: _____	4	Município: _____ Código (IBGE): _____
5	Unidade de Saúde: _____		Código (CNES): _____
6	Tem CPF? (Marcar X) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	7	CPF: _____
8	Estrangeiro (Marcar X) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
9	Cartão Nacional de Saúde (CNS): _____		
10	Nome: _____	11	Sexo: <input type="checkbox"/> 1- Masc. 2- Fem. 9- Ign
12	Data de nascimento: _____	13	(Ou) Idade: _____ 1-Dia 2-Mês 3-Ano _____
14	Gestante: <input type="checkbox"/>		1-1 ^º Trimestre 2-2 ^º Trimestre 3-3 ^º Trimestre 4-Idade Gestacional ignorada 5-Não 6-Não se aplica 9-Ignorado
15	Raça/Cor: <input type="checkbox"/> 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9-Ignorado		
16	Se indígena, qual etnia? _____		
17	É membro de povo ou comunidade tradicional? (Marcar X) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	18	Se sim, qual? _____
19	Escolaridade: <input type="checkbox"/> 0-Sem escolaridade/Analfabeto 1-Fundamental 1 ^º ciclo (1 ^ª a 5 ^ª série) 2-Fundamental 2 ^º ciclo (6 ^ª a 9 ^ª série) 3-Médio (1 ^ª ao 3 ^º ano) 4-Superior 5-Não se aplica 9-Ignorado		
20	Ocupação: _____	21	Nome da mãe: _____
22	CEP: _____		
23	UF: _____	24	Município: _____ Código (IBGE): _____
25	Bairro: _____	26	Logradouro (Rua, Avenida, etc.): _____
		27	Nº: _____
28	Complemento (apto, casa, etc...): _____	29	(DDD) Telefone: _____
30	Zona: <input type="checkbox"/> 1-Urbana 2-Rural 3-Periurbana 9-Ignorado	31	País: (se residente fora do Brasil) _____
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, suínos, ou outro animal? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não <input type="checkbox"/> 3-Outro, qual _____ 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"/> Dispnéia <input type="checkbox"/> Desconforto Respiratório <input type="checkbox"/> Saturação O ₂ < 95% <input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Vômito <input type="checkbox"/> Dor abdominal <input type="checkbox"/> Fadiga <input type="checkbox"/> Perda do olfato <input type="checkbox"/> Perda do paladar <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"/> <input type="checkbox"/> Outros _____		
36	Recebeu vacina COVID-19? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	37	Se recebeu vacina COVID-19, informar: Data da 1 ^ª dose: _____ Data da 2 ^ª dose: _____
38	Laboratório Produtor vacina COVID-19: _____	39	Lote da vacina COVID-19: Lote 1 ^ª Dose: _____ Lote 2 ^ª Dose: _____
40	Recebeu vacina contra Gripe na última campanha? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	41	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 1 ^ª dose: _____ (1 ^ª dose para crianças vacinadas pela primeira vez) Data da 2 ^ª dose: _____ (2 ^ª dose para crianças vacinadas pela primeira vez)			



**PREFEITURA
DE GOIÂNIA**

Superintendência de Vigilância em Saúde
Diretoria de Vigilância Epidemiológica
Gerência de Vigilância de Doenças e Agravos Transmissíveis
Centro de Informações Estratégicas e Resposta em Vigilância em Saúde



Dados de Atendimento	42	Usou antiviral para gripe? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	43	Qual antiviral? <input type="checkbox"/> 1-Osetamivir 2-Zanamivir 3-Outro, especifique: _____	44	Data início do tratamento: _____	
	45	Houve internação? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	46	Data da internação por SRAG: _____	47	UF de internação: _____	
	48	Município de internação: _____	Código (IBGE): _____				
	49	Unidade de Saúde de internação: _____	Código (CNES): _____				
	50	Internado em UTI? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	51	Data da entrada na UTI: _____	52	Data da saída da UTI: _____	
	53	Uso de suporte ventilatório: <input type="checkbox"/> 1-Sim, invasivo 2-Sim, não invasivo 3-Não 9-Ignorado	54	Raio X de Tórax: <input type="checkbox"/> 1-Normal 2-Infiltrado intersticial 3-Consolidação 4-Misto 5-Outro: _____ 6-Não realizado 9-Ignorado	55	Data do Raio X: _____	
	56	Aspecto Tomografia <input type="checkbox"/> 1-Típico covid-19 2-Indeterminado covid-19 3-Atípico covid-19 4-Negativo para Pneumonia 5-Outro 6-Não realizado 9-Ignorado	57	Data da tomografia: _____			
	58	Coletou amostra <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	59	Data da coleta: _____	60	Tipo de amostra: <input type="checkbox"/> 1-Secreção de Naso-faringe 2-Lavado Bronco-alveolar 3-Tecido post-mortem 4-Outra, qual? _____ 5-LCR 9-Ignorado	
	61	Nº Requisição do GAL: _____		62	Tipo do teste para pesquisa de antígenos virais: <input type="checkbox"/> 1-Imunofluorescência (IF) 2-Teste rápido antigênico		
	63	Data do resultado da pesquisa de antígenos: _____		64	Resultado da Teste antigênico: <input type="checkbox"/> 1-positivo 2-Negativo 3- Inconclusivo 4-Não realizado 5-Aguardando resultado 9-Ignorado		
Dados Laboratoriais	65	Laboratório que realizou o Teste antigênico: _____		Código (CNES): _____			
	66	Agente Etiológico - Teste antigênico: 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"/> SARS-Cov-2 <input type="checkbox"/> Virus Sincial 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: _____					
	67	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		68	Data do resultado RT-PCR/outro método por Biologia Molecular: _____		
	69	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"/> Virus Sincial 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: _____					
	70	Laboratório que realizou RT-PCR/outro método por Biologia Molecular: _____		Código (CNES): _____			
	71	Tipo de amostra sorológica para SARS-Cov-2: <input type="checkbox"/> 1-Sangue/plasma/soro 2-Outra, qual? _____ 9-Ignorado		72	Data da coleta: _____		
	73	Tipo de Sorologia para SARS-Cov-2: <input type="checkbox"/> 1-Teste rápido 2-Elsa 3-Quimioluminescência 4-Outro, qual? _____ Resultado do Teste Sorológico para SARS-CoV-2: <input type="checkbox"/> IgG <input type="checkbox"/> IgM <input type="checkbox"/> IgA 1-Positivo 2-Negativo 3- Inconclusivo 4-Não realizado 5-Aguarda resultado 9-Ignorado		74	Data do resultado: _____		
	Conclusão	75	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 5-SRAG por covid-19			76	Critério de Encerramento: <input type="checkbox"/> 1- Laboratorial 2- Clínico Epidemiológico 3- Clínico 4- Clínico-Imagem
		77	Evolução do Caso: <input type="checkbox"/> 1-Cura 2-Óbito 3-Óbito por outras Causas 9-Ignorado		78	Data da alta ou óbito: _____	
	79	Data do Encerramento: _____					
80	Número D.O: _____						
81	OBSERVAÇÕES:						
82	Profissional de Saúde Responsável: _____			83	Registro Conselho/Matrícula: _____		