

## **NOTA TÉCNICA Nº 01/2023 CIEVS/GEDAT/DIVEP/SUPVIG**

Goiânia, 03 de fevereiro de 2023.

### **ASSUNTO: ATUALIZAÇÃO QUANTO ÀS ORIENTAÇÕES DA COVID-19**

#### **1. ASPECTOS GERAIS:**

Considerando a Nota Técnica Nº 14/2022 - CGGRIPE / DEIDT / SVS / MS a qual apresenta e altera alguns aspectos referentes à COVID-19 no âmbito da vigilância epidemiológica, no tocante às definições operacionais e às medidas de prevenção e controle, da COVID-19;

Considerando os documentos mais recentes da Organização Mundial da Saúde (OMS) e demais evidências científicas atuais referentes à doença;

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. 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). O seu período de transmissibilidade é entre 48 horas antes até os dez dias após a data de início dos sinais e/ou sintomas. Pacientes assintomáticos também transmitem, embora em menor proporção. Muitos pacientes podem transmitir a doença durante o período de incubação (1 a 14 dias, com mediana de 5,6 dias).

#### **3. DEFINIÇÕES OPERACIONAIS:**

##### **▪ CASOS SUSPEITOS DE COVID-19:**

- **SÍNDROME GRIPAL (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 e distúrbios gustativos e sintomas gastrointestinais (diarreia).

**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):**

**Atualização: Alteração: com mudança da forma da redação da saturação de O2 de <95% para < ou = 94%, porém o conteúdo técnico permanece o mesmo.**

**Indivíduo com SG que apresente:** dispneia/desconforto respiratório **OU** pressão ou dor persistente no tórax **OU** saturação de O2 **menor ou igual a 94%** em ar ambiente **OU** cianose dos lábios ou rosto.

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

**Importante:** para efeito de notificação no Sistema de Vigilância Epidemiológica da Gripe (SIVEP-Gripe), devem ser considerados os casos de SRAG hospitalizados ou os óbitos por SRAG independentemente de hospitalização.

- **CASO CONFIRMADO DE COVID-19:**

**Atualização: EXCLUSÃO do encerramento por critério clínico e por critério clínico-imagem.**

- **POR CRITÉRIO LABORATORIAL (independente do status vacinal)**

**Atualização: com mudança do conteúdo, excluindo-se os testes sorológicos e mantendo-se os testes de biologia molecular e pesquisa de antígeno, uma vez que grande parte da população já foi exposta ao vírus e que a sorologia não indica infecção aguda.**

- **BIOLOGIA MOLECULAR:** resultado DETECTÁVEL para SARS-CoV-2 realizado pelos seguintes métodos:
  - **RT-PCR** em tempo real e - RT-LAMP
- **PESQUISA DE ANTÍGENO (TESTE RÁPIDO):** resultado REAGENTE para SARS-CoV-2 pelo método de Imunocromatografia para detecção de antígeno.
- **AUTOTESTE:** O autoteste de pesquisa de antígeno de Covid-19 deve ser usado como triagem para permitir o isolamento precoce e a quebra da cadeia de transmissão do vírus, **mas o diagnóstico depende de confirmação em um serviço de saúde.** O paciente poderá encontrar os autotestes para pesquisa de antígeno de Covid-19 em farmácias e drogarias que estejam regularizados junto à vigilância sanitária para comercialização desse tipo de produto.

- **POR CRITÉRIO CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO:**

Caso de SG ou SRAG com histórico de contato próximo ou domiciliar de um caso confirmado para Covid-19, nos **07 dias** anteriores ao aparecimento de seus sinais e sintomas.

**Atualização: passando de 14 dias do histórico de contato próximo ou domiciliar para 7 dias.**

- **CASOS 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.

**Obs: Ressalta-se que um exame negativo para Covid-19 isoladamente não é suficiente para descartar um caso.**

**O registro de casos descartados de SG para covid-19 deve ser feito no e-SUS Notifica.**

**DEFINIÇÃO DE CONTATO PRÓXIMO DE COVID-19:**

Indivíduo que esteve em contato próximo a um caso confirmado de covid-19 durante o seu período de transmissibilidade, ou seja, entre 48 horas antes até os dez dias após a data de início dos sinais e/ou sintomas (caso confirmado em sintomático) ou após a data da coleta do exame (caso confirmado em assintomático). Deve-se considerar o contato próximo a pessoa que:

- esteve a menos de um metro de distância, por um período mínimo de 15 minutos, com um caso confirmado sem ambos utilizarem máscara facial ou utilizarem de forma incorreta;
- teve um contato físico direto com um caso confirmado com posterior toque nos olhos, boca ou nariz com as mãos não higienizadas;
- é profissional de saúde que prestou assistência em saúde ao caso de covid-19 sem utilizar equipamentos de proteção individual (EPI), conforme preconizado, ou com EPI danificado;
- seja contato domiciliar ou residente na mesma casa/ambiente (dormitórios, creche, alojamento, entre outros) de um caso confirmado.

#### 4. ORIENTAÇÕES PARA CONTATOS ASSINTOMÁTICOS DE COVID-19:

Com a melhora do cenário epidemiológico da covid-19 ao nível global e no território nacional, além do avanço da vacinação, as recomendações para os contatos de casos confirmados de covid-19 vêm sendo atualizadas em todo o mundo.

Assim, orienta-se que os contatos **não realizem quarentena**, no entanto, deve-se manter as medidas de segurança por 10 dias a contar da data da última exposição com o caso confirmado de covid-19 conforme quadro 1:

Quadro 1. Medidas de segurança a serem seguidas por contatos assintomáticos e até o 10º dia completo do início dos sintomas/data

- Usar máscara bem ajustada ao rosto, preferencialmente cirúrgica ou PFF2/N95, em casa ou em público.
- Evitar contato com pessoas imunocomprometidas ou que apresentem fatores de risco para agravamento da covid-19, como também locais com aglomerações de pessoas, como transporte público ou onde não seja possível manter o distanciamento físico.
- Evitar frequentar locais onde não possa ser usada a máscara durante todo o tempo, como restaurantes e bares;
- Manter distância mínima de 1 metro das outras pessoas se estiver sem máscara;
- Evitar viajar durante o período.
- Auto monitorar os sinais e sintomas sugestivos de covid-19;
- Evitar comer próximo a outras pessoas, tanto em casa como no trabalho. Caso o indivíduo apresente sinais e sintomas sugestivos de covid-19, deve iniciar o isolamento imediatamente.

#### 5. 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 SpO<sub>2</sub> <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.

## 6. ORIENTAÇÕES PARA NOTIFICAÇÃO:

Considerando 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;

Considerando 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, dentro do prazo de 24 horas a partir da suspeita inicial, 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>. Para notificar é necessário fazer um autocadastro, que atualmente está vinculado ao gov.br, sendo este liberado automaticamente após a inscrição. Devem ser notificados:

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

- **NOTIFICAÇÃO DE SRAG:**

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.

Os hospitais centralizados devem realizar as notificações por meio da Ficha de Registro Individual Casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave Hospitalizado do SIVEP-Gripe (ANEXO I).

Para efeito de notificação no Sistema de Vigilância Epidemiológica da Gripe (SIVEP-Gripe), devem ser considerados:

- Casos de SRAG hospitalizados ou
- Óbitos por SRAG independentemente de hospitalização;

## **7. COLETA DE AMOSTRA BIOLÓGICA EM CASOS DE SRAG:**

Atualmente a recomendação é a realização de coleta de amostras clínicas de pacientes que atendam as situações elegíveis para caso suspeito, que apresentem Síndrome Respiratória Aguda Grave – SRAG, conforme definição descrita acima.

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 – Dias úteis das 7 às 19 horas. Plantão CIEVS: (62) 62 9689-7470 - Período noturno, finais de semana e feriados. Para solicitação de coleta nas unidades hospitalares é necessário o preenchimento da ficha de notificação de SRAG hospitalizado ou óbito (anexo I) a ficha do GAL (anexo II). Todos os casos SRAG hospitalizados e óbitos por SRAG devem ser coletados com kit do LACEN, para realização de painel viral.

**ATENÇÃO:** Em caso de óbitos por SRAG em que não foi coletado material em vida, deve-se proceder a coleta post-mortem no serviço de saúde, realizado por meio de swab nasal preferencialmente nas primeiras 3 horas pós-morte, podendo ser coletado até 12 horas após a ocorrência do óbito.

## 8. 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](mailto: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.

## 9. MEDIDAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE :

A principal medida de prevenção contra formas graves da covid-19 é a **vacina**. Aliada à estratégia de vacinação, as medidas não farmacológicas constituem outras formas de prevenção e controle da covid-19, como: distanciamento físico, etiqueta respiratória, higienização das mãos, uso de máscaras, limpeza e desinfecção de ambientes, isolamento de casos suspeitos e confirmados. Para mais informações confira no site <https://www.goiania.go.gov.br/imunizagyn/>.

### 9.1 USO DE MÁSCARAS NA POPULAÇÃO EM GERAL

O uso de máscaras faciais faz parte de um conjunto de medidas a serem adotadas de forma integrada para prevenção, controle e mitigação da transmissão de determinadas doenças respiratórias virais, incluindo a covid-19. As máscaras podem ser usadas para a proteção de pessoas saudáveis (quando em contato com alguém infectado) ou para controle da fonte (quando usadas por alguém infectado para prevenir transmissão subsequente).

- No âmbito individual:

- Pessoas com sintomas gripais, casos suspeitos ou confirmados de covid-19, ou pessoas que tenham tido contato próximo com caso suspeito/confirmado de covid-19.

- Pessoas com fatores de risco para complicações da covid-19 (em especial imunossuprimidos, idosos, gestantes e pessoas com múltiplas comorbidades) em situações de maior risco de contaminação pela covid-19, como: locais fechados e mal ventilados, locais com aglomeração e em serviços de saúde.

- No âmbito coletivo:

- Na ocorrência de surto de covid-19 em determinado local ou instituição, recomenda-se o uso de máscara por todos os indivíduos do mesmo ambiente, devido ao potencial risco de transmissão por pessoas assintomáticas.

As máscaras não devem ser usadas por crianças menores de 2 anos ou pessoas que tenham dificuldade para respirar, que estejam inconscientes, incapacitadas ou que tenham dificuldade de remover a máscara sem ajuda.

É importante ainda, manter manutenção de uma distância física mínima de pelo menos 1 metro de outras pessoas em locais públicos, o que reduz a chance da infecção. Garantir uma boa ventilação em ambientes fechados também é uma medida importante para prevenir a transmissão em ambientes coletivos.

## 10. ORIENTAÇÕES PARA ISOLAMENTO DE CASOS DE COVID-19

**Atualização: alteração do período do isolamento dos indivíduos com quadro moderado de covid-19.**

- **CONFIRMADOS LABORATORIALMENTE PARA COVID-19**

### ASSINTOMÁTICOS

A partir da data da coleta do exame, manter o isolamento respiratório domiciliar por 7 dias, completando por 10 dias com as medidas adicionais de prevenção (quadro 1), sem a necessidade de fazer novo teste.

Caso tenha acesso a serviço de testagem, realizar novo teste a partir do 5º dia da data de coleta do primeiro exame, se o resultado for não detectável ou não reagente, o isolamento respiratório pode ser suspenso, desde que permaneça afebril, sem o uso de medicamentos antitérmicos há pelo menos 24 horas e com remissão dos sintomas respiratórios. Nesse caso, devem ser mantidas as medidas adicionais, incluindo o uso de máscaras até o 10º dia completo.

- **CONFIRMADOS PARA COVID-19 COM SG LEVE**

O isolamento domiciliar poderá ser suspenso no 7º dia completo do início dos sintomas se estiver afebril sem o uso de medicamentos antitérmicos há pelo menos 24 horas e com remissão dos sintomas respiratórios, completando por 10 dias com as medidas adicionais de prevenção, sem a necessidade de fazer novo teste.

Caso tenha acesso a serviço de testagem, realizar novo teste a partir do 5º do início dos sintomas, se o resultado for não detectável ou não reagente, o isolamento respiratório pode ser suspenso (desde que afebril sem o uso de medicamentos antitérmicos pelo menos 24 horas e com remissão dos sintomas respiratórios), completando por 10 dias as medidas adicionais de prevenção.

Obs.: Em casos de SG sem confirmação laboratorial, as medidas de isolamento e precaução podem ser suspensas sintomas se estiver afebril sem o uso de medicamentos antitérmicos há pelo menos 24 horas e com remissão dos sintomas respiratórios.



## ATENÇÃO

**O autoteste rápido de antígeno não é recomendado para fins de redução do período de isolamento**, tanto para casos leves como para os assintomáticos confirmados laboratorialmente, em função de possíveis erros na auto coleta da amostra e grande variedade de testes comerciais disponíveis com características de sensibilidade e especificidade diferentes.

### ● CONFIRMADOS PARA COVID-19 COM SG MODERADA

As medidas de isolamento e precaução devem iniciar imediatamente e só podem ser suspensas após 10 dias da data de início dos sintomas, desde que permaneçam afebris sem o uso de medicamentos antitérmicos há pelo menos 24 horas e com remissão dos sintomas respiratórios.

### ● CONFIRMADOS PARA COVID-19 COM SRAG – GRAVE/CRÍTICO

As medidas de isolamento e precaução devem ser iniciadas imediatamente e só podem ser suspensas após 20 dias do início dos sintomas, desde que permaneçam afebris, sem o uso de medicamentos antitérmicos há pelo menos 24 horas e com remissão dos sintomas respiratórios, mediante avaliação médica.

### ● CONFIRMADOS PARA COVID-19 GRAVEMENTE IMUNOSSUPRIMIDOS

As medidas de isolamento e precaução devem ser iniciadas imediatamente e só podem ser suspensas após 20 dias do início dos sintomas, desde que afebris há 24 horas e com remissão dos sintomas respiratórios. A estratégia de novo teste laboratorial negativo para descontinuidade do isolamento deve ser considerada nessa população, a critério médico.


**Grécia Carolina Pessoni**  
Centro de Informações  
Estratégicas e Resposta em Vigilância  
em Saúde

**Camila Batista Silva**  
Gerente de Vigilância de Doenças e  
Agravos Transmissíveis  
Decreto nº 3773

**Marília Belmira de Castro Rego**  
Diretoria de Vigilância  
Epidemiológica  
Decreto nº 3695/2022

**Yves Mauro Ternes**  
Superintendente de Vigilância em Saúde  
Decreto 1078/2021

**Anexo 1. Ficha de Registro Individual- Casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave Hospitalizada**

		Nº		
 MINISTÉRIO DA SAÚDE SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE		SIVEP-Gripe - SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DA GRIPE FICHA DE REGISTRO INDIVIDUAL - CASOS DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE HOSPITALIZADO		
		19/09/2022.		
<b>CASO DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE (SRAG-HOSPITALIZADO):</b> 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 1ºs sintomas	
3	UF: ___	4	Município: _____	
		Código (IBGE): _____		
5	Unidade de Saúde: _____	Código (CNES): _____		
Dados do Paciente	6	Tem CPF? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não	7	CPF: _____
	8	Estrangeiro <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-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 _____	
	15	Raça/Cor: <input type="checkbox"/> 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9-Ignorado	14	Gestante: <input type="checkbox"/>
	16	Se indígena, qual etnia? _____	1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4-Idade Gestacional Ignorada 5-Não 6-Não se aplica 9-Ignorado	
	17	É membro de povo ou comunidade tradicional? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não	18	Se sim, qual? _____
	19	Escolaridade: <input type="checkbox"/> 0-Sem escolaridade/Analfabeto 1-Fundamental 1º ciclo (1ª a 5ª série) 2-Fundamental 2º ciclo (6ª a 9ª série) 3-Médio (3º ao 3º ano) 4-Superior 5-Não se aplica 9-Ignorado		
20	Ocupação: _____	21	Nome da mãe: _____	
Dados de residência	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) _____	
Dados Clínicos e Epidemiológicos	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 <sub>2</sub> < 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 <i>mel litus</i> <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"/> Outros _____		
	36	Recebeu vacina COVID-19? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	37	Data da dose vacina COVID-19: Data da 1ª dose: _____ Data da 2ª dose: _____ Data da dose reforço: _____ Data da 2ª dose reforço: _____
	38	Fabricante vacina COVID-19: Fabricante 1ª dose: _____ Fabricante 2ª dose: _____ Fabricante dose reforço: _____ Fabricante 2ª dose reforço: _____	39	Lote da vacina COVID-19: Lote 1ª dose _____ Lote 2ª dose _____ Lote dose reforço _____ Lote 2ª dose reforço _____
	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 1ª dose: _____ (1ª dose para crianças vacinadas pela primeira vez) Data da 2ª dose: _____ (2ª dose para crianças vacinadas pela primeira vez)			

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	Recebeu tratamento antiviral para covid-19? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	46	Qual antiviral? <input type="checkbox"/> 1-Nirmatrevir/ritonavir (Paxlovid®) 2-Baricitinibe (Olumiant®) 3-Outro, especifique: _____	47	Data início do tratamento: _____	
	48	Houve internação? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	49	Data da internação por SRAG: _____	50	UF de internação: _____	
	51	Município de internação: _____	Código (IBGE): _____				
	52	Unidade de Saúde de internação: _____	Código (CNES): _____				
	53	Internado em UTI? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	54	Data da entrada na UTI: _____	55	Data da saída da UTI: _____	
	56	Uso de suporte ventilatório: <input type="checkbox"/> 1-Sim, invasivo 2-Sim, não invasivo 3-Não 9-Ignorado	57	Raio X de Tórax: <input type="checkbox"/> 1-Normal 2-Infiltrado intersticial 3-Consolidação 4-Misto 5-Outro: _____ 6-Não realizado 9-Ignorado	58	Data do Raio X: _____	
	59	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	60	Data da tomografia: _____			
	61	Coletou amostra <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	62	Data da coleta: _____	63	Tipo de amostra: <input type="checkbox"/> 1-Secreção de Naso-orofaringe 2-Lavado Bronco-alveolar 3-Tecido <i>post-mortem</i> 4-Outra, qual? _____ 5-LCR 9-Ignorado	
	Dados Laboratoriais	64	Nº Requisição do GAL: _____	65	Tipo do teste para pesquisa de antígenos virais: <input type="checkbox"/> 1-Imunofluorescência (IF) 2-Teste rápido antigênico		
66		Data do resultado da pesquisa de antígenos: _____	67	Resultado do Teste antigênico: <input type="checkbox"/> 1-positivo 2-Negativo 3-Inconclusivo 4-Não realizado 5-Aguardando resultado 9-Ignorado			
68		Laboratório que realizou o Teste antigênico: _____	Código (CNES): _____				
69		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"/> Vírus Sincicial 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: _____					
70		Resultado da RT-PCR/outra método por Biologia Molecular: <input type="checkbox"/> 1-Detectável 2-Não Detectável 3-Inconclusivo 4-Não realizado 5-Aguardando resultado 9-Ignorado	71	Data do resultado RT-PCR/outra método por Biologia Molecular: _____			
72		Agente Etiológico - RT-PCR/outra 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"/> Vírus Sincicial 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: _____					
73		Laboratório que realizou RT-PCR/outra método por Biologia Molecular: _____				Código (CNES): _____	
74		Tipo de amostra sorológica para SARS-Cov-2: <input type="checkbox"/> 1-Sangue/plasma/soro 2-Outra, qual? _____ 9-Ignorado			75	Data da coleta: _____	
76		Tipo de Sorologia para SARS-Cov-2: <input type="checkbox"/> 1-Teste rápido 2-Elisa 3-Quimiluminescência 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			77	Data do resultado: _____	
Conclusão		78	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		79	Critério de Encerramento: <input type="checkbox"/> 1-Laboratorial 2-Clinico Epidemiológico 3-Clinico 4-Clinico-Imagem	
	80	Evolução do Caso: <input type="checkbox"/> 1-Cura 2-Óbito 3-Óbito por outras Causas 9-Ignorado		81	Data da alta ou óbito: _____		
	83	Número D.O: _____ - _____					
84	OBSERVAÇÕES:						
85	Profissional de Saúde Responsável: _____			86	Registro Conselho/Matrícula: _____		

Ministério da Saúde		Requisição de Exame								
<b>REQUISIÇÃO</b>	11 Nº Requisição:		21 Unidade de Saúde (ou outra fonte):*			31 CNES:*				
	41 Município de Atendimento:				51 Código IBGE:*		61 UF:			
	71 Cartão Nacional de Saúde (CNS) do Profissional de Saúde:*			81 Nome do Profissional de Saúde:™		91 Número do Conselho/Matrícula:*	10 Rubrica:			
	11 Data de Solicitação:*		12 Finalidade:*		13 Descrição da Finalidade:					
1 - Campanha    2 - Inquérito    3 - Investigação 4 - Programa    5 - Protocolo    6 - Projeto    9 - Ignorado										
<b>PACIENTE</b>	14 Cartão Nacional de Saúde (CNS) do Paciente:*			15 Nome do Paciente:™						
	16 Data de Nascimento:™		17 Idade:™	18 Sexo:™		19 Nacionalidade:*				
	1 - Branco    2 - Preta    3 - Parda		21 Etnia:*	22 Nome da Mãe:*						
	4 - Amarela    5 - Indígena    99 - Sem Informação		1 - Hora(s)    2 - Dia(s)	M - Masculino    1 - Ignorado	F - Feminino					
	3 - Mês(s)    4 - Ano(s)									
	23 Raça/Cor:*		24 Documento 1:		25 Documento 2:					
	1 - RG    2 - CPF    3 - QNH    Número		1 - RG    2 - CPF    3 - CNH    Número		5 - CNASC    6 - PRONT    7 - INFOPEN					
	26 Logradouro: (Rua, Avenida...)						28 Número:			
	27 Complemento do Logradouro:			29 Ponto de Referência:		24 Bairro:				
	30 Município de Residência:™				53 Código IBGE:™		63 UF:°			
33 CEP:		34 DDD / Telefone:		35 Zona:		36 País (Se reside fora do Brasil):™				
1 - Urbana    4 - Silvestre		3 - Rural		2 - Periurbana    9 - Ignorada						
<b>INFORMAÇÕES CLÍNICAS</b>	37 Agravadoença:*			38 Data dos Primeiros Sintomas:*		39 Idade Gestacional:				
	1 - Suspeito    2 - Comunicante    3 - Acompanhamento    4 - Controle			5 - Óbito		1 - 1º Trm.    2 - 2º Trm.    3 - 3º Trm.    4 - Ignorada				
	6 - Caso grave    7 - Surto    8 - Diagnóstico    9 - Ignorado			41 Tratamento:		42 Etapa de Tratamento:				
				1 - Dia    2 - Semana		1 - Pretreatamento    2 - Tratamento    3 - Retratamento				
43 Paciente Tomou Vacina?			44 Vacina?		45 Data da Última Dose:					
1 - Sim    2 - Não										
9 - Ignorado										
<b>SINAN</b>	46 Notificado ao SINAN: <b>Preencher com as informações para rastreio no Sistema Nacional de Agravos de Notificação do Ministério da Saúde.</b>			47 CID 10:*		48 N° Notificação do SINAN:*				
	1 - Sim					49 Data de Notificação:*				
	51 Unidade de Saúde Notificante:			51 CNES:*						
52 Município de Notificação:				53 Código IBGE:*		54 UF:				
<b>AMOSTRA / EXAME</b>	56 Pesquisa (s) / Exame(s) Solicitada (s):*	57 Material Biológico:*	58 Localização:	59 Amostra: (1ª, 2ª, 3ª Única)	60 Mat. Clínico: 1 - IN 2 - IB 3 - LM 4 - MB 5 - MTV 6 - PF 7 - FA 8 - PO 9 - BF 10 - IF	61 Data da coleta:*	62 Hora da coleta:	63 Usou medicamento antes da data da coleta?		
								64	65	
									1 - Sim    2 - Não    9 - Ignorado	Data início do uso:
										Especifique:
										Data início do uso:
										Especifique:
<b>DAOS COMPLEMENTARES</b>	66 Observações Gerais:									

\*Campo de preenchimento obrigatório    °Preenchimento automático com informações do Cartão Nacional de Saúde (CNS)