

NOTA INFORMATIVA Nº. 01/2020 – CIEVS/GEDAT/DVE/SVS

2ª edição

Goiânia, 07 de fevereiro de 2020

ASSUNTO: ORIENTAÇÕES NOVO CORONAVÍRUS (2019-nCoV)

CONTEXTUALIZAÇÃO

Em 31 de dezembro de 2019, a OMS na China foi informada sobre casos de pneumonia de etiologia desconhecida detectada na cidade de Wuhan, na província de Hubei, na China. No período de 31 de dezembro de 2019 a 3 de janeiro de 2020, foram notificados à OMS 44 pacientes com pneumonia de etiologia desconhecida pelas autoridades.

As autoridades chinesas em 7 de janeiro de 2020 conseguiram identificar um novo tipo de coronavírus. Em 11 e 12 de janeiro de 2020, Comissão Nacional de Saúde da China, relatou que o surto estava associado a exposições em um mercado de frutos do mar, na cidade de Wuhan.

No mesmo período a China compartilhou a sequência genética do novo coronavírus. Em 13 de janeiro de 2020, o Ministério da Saúde Pública da Tailândia relatou o primeiro caso importado de novo coronavírus, confirmado em laboratório (2019-nCoV) de Wuhan, província de Hubei, China.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), foram confirmados 28.276 casos do novo coronavírus (2019-nCoV) no mundo, dados obtidos até o dia 06 de fevereiro de 2020. Destes, 28.060 são casos confirmados China, e 216 casos são de outros países.

No Brasil foram notificados 10 casos suspeitos para investigação de Infecção Humana pelo novo Coronavírus, porém somente 1 (Minas Gerais) caso segue em investigação e se enquadra nos critério de caso suspeito. Os demais não cumpriram a definição de caso, foram excluídos e apresentaram resultado laboratorial para outros vírus respiratórios como o vírus Influenza A/H1N1, Influenza A/H3 e Rhinovirus. Desde 22 de janeiro de 2020, foi ativado o Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública para o novo Coronavírus (COE-nCoV). A ativação desta estratégia faz parte do Plano Nacional de Resposta às Emergências em Saúde Pública do Ministério da Saúde.

Este plano é composto por três níveis de resposta: Alerta, Perigo Iminente e Emergência em Saúde Pública. Cada nível é baseado na avaliação do risco do novo Coronavírus afetar o Brasil e o impacto na saúde pública.

DEFINIÇÃO DE CASO SUSPEITO DE INFECÇÃO HUMANA PELO 2019-nCoV

- ✓ **Situação 1:** Febre **E** pelo menos um sinal ou sintoma respiratório (tosse, dificuldade para respirar, batimento das asas nasais entre outros) E histórico de viagem para área com transmissão local*, de acordo com a OMS, nos últimos 14 dias anteriores ao aparecimento dos sinais ou sintomas;
- ✓ **Situação 2:** Febre **E** pelo menos um sinal ou sintoma respiratório (tosse, dificuldade para respirar, batimento das asas nasais entre outros) E histórico de contato próximo de caso suspeito para o coronavírus (2019-nCoV), nos últimos 14 dias anteriores ao aparecimento dos sinais ou sintomas;
- ✓ **Situação 3:** Febre **OU** pelo menos um sinal ou sintoma respiratório (tosse, dificuldade para respirar, batimento das asas nasais entre outros) E contato próximo de caso confirmado de coronavírus (2019-nCoV) em laboratório, nos últimos 14 dias anteriores ao aparecimento dos sinais ou sintomas.

**Até o momento, a única área com transmissão local é a China.*

DEFINIÇÃO DE CASO PROVÁVEL DE INFECÇÃO HUMANA PELO 2019-nCoV

- ✓ Caso suspeito que apresente resultado laboratorial inconclusivo para 2019-nCoV OU com teste positivo em ensaio de pan-coronavírus.

DEFINIÇÃO DE CASO CONFIRMADO DE INFECÇÃO HUMANA PELO 2019-nCoV

- ✓ Indivíduo com confirmação laboratorial conclusiva para o novo Coronavírus (2019-nCoV), independente de sinais e sintomas.

DEFINIÇÃO CASO DESCARTADO DE INFECÇÃO HUMANA PELO 2019-nCoV

- ✓ Caso que não se enquadre na definição de suspeito e apresente resultado laboratorial negativo para 2019- nCoV OU confirmação laboratorial para outro agente etiológico.

DEFINIÇÃO CASO EXCLUÍDO DE INFECÇÃO HUMANA PELO 2019-nCoV

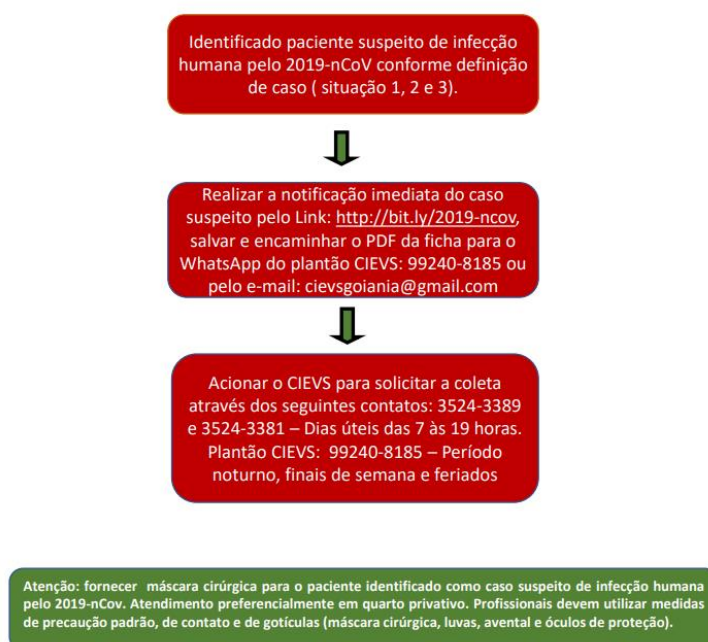
- ✓ Caso notificado que não se enquadrar na definição de caso suspeito. Nessa situação, o registro será excluído da base de dados nacional.

NOTIFICAÇÃO

A notificação deve ser realizada de forma imediata em até 24 horas a partir do conhecimento de caso que se **ENQUADRE NA DEFINIÇÃO DE SUSPEITO PARA INFECÇÃO HUMANA PELO 2019-nCoV**, através do seguinte **Link: <http://bit.ly/2019-ncov>**. Ao preencher a notificação do FormSUScap 2019-nCoV na finalização deve-se **encaminhar o PDF da ficha de notificação de forma imediata ao CIEVS Goiânia** via e-mail: cievsgoiania@gmail.com ou via WhatsApp do plantão CIEVS: 99240-8185.

ATENÇÃO: Os pacientes com suspeita de infecção humana pelo 2019-nCov que atendem critério para **síndrome respiratória aguda grave (SRAG)**, deve-se preencher a ficha de notificação para SRAG (anexo 1 e 2).

Figura 1: Fluxo de notificação da secretária municipal de Goiânia dos casos suspeitos de infecção humana pelo 2019-nCoV.



PROCEDIMENTOS PARA DIAGNÓSTICO LABORATORIAL

Todos os casos suspeitos devem ser **notificados e reportados para o CIEVS Goiânia** para que tenhamos condições de realizar a coleta do material em tempo oportuno. É necessária coletar de 2 amostras respiratórias de swabs combinado (nasal/oral) ou também amostra de secreção respiratória inferior (escarro ou lavado traqueal ou lavado bronco alveolar). As duas amostras serão encaminhadas com urgência para o LACEN Goiás pela a equipe do CIEVS.

O diagnóstico laboratorial específico para Coronavírus inclui as seguintes técnicas: Detecção do genoma viral por meio das técnicas de RT-PCR em tempo real e Sequenciamento parcial ou total do genoma viral. No Brasil, os NICs, farão o RT-PCR em tempo real e o sequenciamento através da metagenômica nos laboratórios parceiros do Ministério da Saúde.

Atenção: para os pacientes que evoluíram para o **óbito com suspeita** de infecção humana pelo 2019-nCoV, devem ser encaminhados ao **Serviço de Verificação de Óbitos (SVO)** para coleta de material.

PERÍODO DE INCUBAÇÃO

O período médio de incubação da infecção por coronavírus é de 5 dias, com intervalo que pode chegar até 16 dias.

TRANSMISSÃO

Até o momento dos dados preliminares do Novo Coronavírus (2019- nCoV) demonstraram que a transmissão possa ocorrer, mesmo sem o aparecimento de sinais e sintomas. Até o momento, não há informação suficiente de quantos dias anteriores ao início dos sinais e sintomas que uma pessoa infectada passa a transmitir o vírus.

TRATAMENTO

Ainda não há medicamento específico para o tratamento da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV). No entanto, medidas de suporte devem ser implementadas.

MEDIDAS DE BIOSSEGURANÇA

Conforme as orientações da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) em sua nota técnica N° 04/2020 refere que: *“O serviço de saúde deve garantir que as políticas e práticas internas minimizem a exposição a patógenos respiratórios, incluindo o novo coronavírus (2019-nCoV). As medidas devem ser implementadas antes da chegada do paciente ao serviço de saúde, na chegada, triagem e espera do atendimento e durante toda a assistência prestada.”*

Figura 2: Recomendação de medidas a serem implementadas para prevenção e controle da disseminação do novo coronavírus (2019-nCoV) em serviços de saúde (OMS, 28.01.2020).

CASOS SUSPEITOS OU CONFIRMADOS E ACOMPANHANTES	<ul style="list-style-type: none"> - usar máscara cirúrgica - usar lenços de papel (tosse, espirros, secreção nasal) - higiene das mãos frequente com água e sabonete líquido ou preparação alcoólica
PROFISSIONAIS DE SAÚDE	<ul style="list-style-type: none"> - higiene das mãos frequente com água e sabonete líquido ou preparação alcoólica - óculos de proteção ou protetor facial - máscara cirúrgica - avental impermeável - luvas de procedimento <p>Atenção: os profissionais de saúde deverão utilizar máscaras N95, FFP2, ou equivalente, ao realizar procedimentos geradores de aerossóis como por exemplo, intubação ou aspiração traqueal, ventilação não invasiva, ressuscitação cardiopulmonar, ventilação manual antes da intubação, indução de escarro, coletas de amostras nasotraqueais e broncoscopias.</p>
PROFISSIONAIS DE APOIO (profissionais de limpeza, nutrição, manutenção, etc)	<ul style="list-style-type: none"> - higiene das mãos - óculos de proteção ou protetor facial - máscara cirúrgica - avental impermeável - luvas de procedimento

Fonte: GVIMS/GGTES/ANVISA, janeiro de 2020

Precauções padrão

A implementação da precaução padrão constitui a principal medida de prevenção da transmissão entre pacientes e profissionais de saúde e deve ser adotada no cuidado de todos os pacientes, independentemente dos fatores de risco ou doença de base. A precaução padrão compreende:

- ✓ Higienização das mãos antes e após contato com o paciente.
- ✓ Uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) – avental e luvas – ao contato com sangue e secreções.
- ✓ Uso de óculos e máscara se houver risco de respingos.
- ✓ Fazer o descarte adequado de resíduos, de acordo com o regulamento técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde.

Precauções para gotículas

Além da precaução padrão, deve ser instituída a precaução para gotículas para todo caso suspeito de infecção pelo Coronavírus (2019-nCoV). Recomenda-se:

- ✓ Uso de máscara cirúrgica ao entrar no quarto, a menos de 1 metro do paciente – substituí-la a cada contato com o paciente.
- ✓ Higienização das mãos antes e depois de cada contato com o paciente (água e sabão ou álcool gel).
- ✓ Uso de máscara cirúrgica no paciente durante transporte.

Precauções para contato

No caso infecção ou colonização por microrganismo multirresistente, varicela, infecções de pele e tecidos moles com secreções não contidas no curativo, impetigo, herpes zoster disseminado ou em imunossuprimido, etc.

- ✓ Use luvas e avental durante toda manipulação do paciente, de cateteres e sondas, do circuito e do equipamento ventilatório e de outras superfícies próximas ao leito.
- ✓ Coloque-os imediatamente antes do contato com o paciente ou as superfícies e retire-os logo após o uso, higienizando as mãos em seguida.
- ✓ Quando não houver disponibilidade de quarto privativo, a distância mínima entre dois leitos deve ser de um metro.
- ✓ Equipamentos como termômetro, esfigmomanômetro e estetoscópio devem ser de uso exclusivo do paciente.

Situações em que haja geração de aerossóis

No caso de procedimentos que gerem aerossóis (partículas < 5 µm, que podem ficar suspensas no ar por longos períodos) tais como: intubação, sucção, nebulização, recomenda-se:

- ✓ Uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) – avental e luvas, óculos e máscara [respirador] tipo N95, N99, PFF2 ou PFF3 – pelo profissional de saúde durante o procedimento de assistência ao paciente e para o profissional que entrar no quarto.
- ✓ Manter paciente preferencialmente em quarto privativo.
- ✓ Uso de máscara cirúrgica no paciente durante transporte.

Atenção: Ressaltamos que o uso da máscara PFF2(N95) é por cinco oportunidades, uso individual, conforme padronizado pela Comciss-Goiânia, ou descartar imediatamente após o uso se molhar, sujar, mal funcionamento ou qualquer intercorrência na máscara.

CONTATOS:

Fone: (62)3524-3389 e 3524-3381 - Dias úteis das 7 às 19 horas

Plantão CIEVS: 99240-8185 - Período noturno, finais de semana e feriados.

E-mail: cievsgoiania@gmail.com

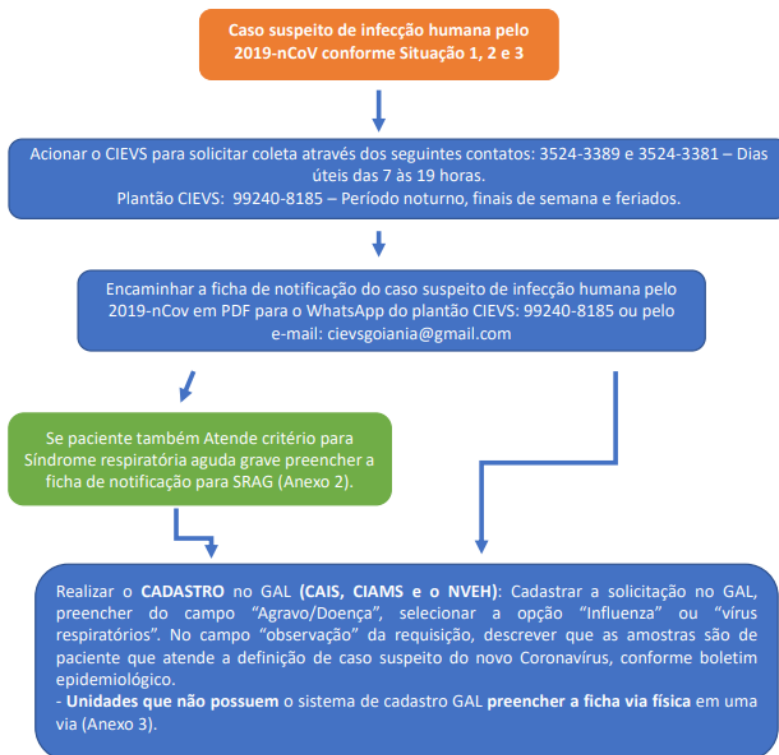
ATENÇÃO

- Atualizações sobre definição de caso podem ocorrer ao longo do período. Essas atualizações sempre serão divulgadas pelos documentos oficiais da Secretária Municipal de Saúde.
- Várias matérias sobre o assunto estão sendo divulgadas nas redes sociais. A SMS Goiânia orienta a todos os profissionais a seguirem as definições dessa nota informativa, que segue as normativas do MS e OMS.


REFERÊNCIAS

1. Situation report by WHO on Novel Coronavirus (2019-nCoV). Disponível https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200129-sitrep-9-ncov-v2.pdf?sfvrsn=e2c8915_2.
2. MS. Boletim epidemiológico VE. 51 N° 1 - Novo coronavírus (2019-nCoV); e vigilância de violências e acidentes no Brasil: análise da cobertura da notificação compulsória de violência interpessoal/autoprovocada nos municípios brasileiros. Disponível: http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/janeiro/23/Boletim_epidemiologico_SVS_04.pdf.
4. MS. Boletim epidemiológico COE. 1 N° 1 - Infecção Humana pelo Novo Coronavírus (2019-nCoV). Disponível: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/janeiro/28/Boletim-epidemiologico-SVS-28jan20.pdf>
3. <http://saude.gov.br/saude-de-a-z/novocoronavirus>.
4. Nota técnica N° 04/2020 GVIMS/GGTES/ANVISA. Orientações para serviços de saúde: medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus (2019- nCoV).

Anexo 1 - Coleta de material para pesquisa de infecção humana pelo 2019-nCoV.



Anexo 2 – Ficha de notificação para síndrome respiratória aguda grave (SRAG).

		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				
CASO DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE (SRAG-HOSPITALIZADO): Indivíduo hospitalizado com febre, mesmo que referida, acompanhada de tosse ou dor de garganta e que apresente dispneia ou saturação de O ₂ < 95% ou desconforto respiratório ou que evoluiu para óbito por SRAG independente de internação.				
1	Data do preenchimento da ficha de notificação:	2	Data de 1 ^{os} sintomas da SRAG:	
3	UF: _____	4	Município: _____ Código (IBGE): _____	
5	Unidade de Saúde: _____	Código (CNES): _____		
Dados do Paciente	6 CNS do cidadão: _____			
	7	Nome: _____	8	Sexo: _____ 1-Masculino 2-Feminino 9-Ignorado
	9	Data de nascimento: _____	10	(ou) Idade: _____ 1-Dia 2-Mês 3-Ano _____
	12	Raça/Cor: _____ 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9-Ignorado	11	Gestante: _____ 1-1 ^o Trimestre 2-2 ^o Trimestre 3-3 ^o Trimestre 4-Idade Gestacional Ignorada 5-Não 6-Não se aplica 9-Ignorado
	13	Se indígena, qual etnia? _____		
	14	Escolaridade: _____ 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 ^o ao 3 ^o ano) 4-Superior 5-Não se aplica 9-Ignorado		
Dados de Residência	15 Nome da mãe: _____			
	16	CEP: _____	18	Município: _____ Código (IBGE): _____
	17	UF: _____	19	Bairro: _____
	20 Logradouro (Rua, Avenida, etc.): _____		21	Nº: _____
	22 Complemento (apto, casa, etc.): _____		23 (DDD) Telefone: _____	
	24	Zona: _____ 1-Urbana 2-Rural 3-Periurbana 9-Ignorado	25 País: (se residente fora do Brasil) _____	
Dados Clínicos e Epidemiológicos	26 É caso proveniente de surto de SG que evoluiu para SRAG? _____ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado			
	27 Trata-se de caso com infecção de SRAG adquirida após internação hospitalar? _____ 1-Sim 2-Não 9-ignorado			
	28 Paciente trabalha ou tem contato direto com aves ou suínos? _____ 1-Sim 2-Não 9-ignorado			
	29 Sinais e Sintomas: 1-Sim 2-Não 9-ignorado _____ Febre _____ Tosse _____ Dor de Garganta _____ Dispneia _____ Desconforto Respiratório _____ Saturação O ₂ < 95% _____ Diarreia _____ Vômito _____ Outros _____			
	30 Possui fatores de risco/comorbidades? _____ 1-Sim 2-Não 9-ignorado Se sim, qual(is)? (Marcar X) _____ Puérpera (até 45 dias do parto) _____ Doença Cardiovascular Crônica _____ Doença Hematológica Crônica _____ _____ Síndrome de Down _____ Doença Hepática Crônica _____ _____ Asma _____ _____ Diabetes mellitus _____ Doença Neurológica Crônica _____ _____ Outra Pneumopatia Crônica _____ _____ Imunodeficiência/Imunodepressão _____ Doença Renal Crônica _____ _____ Obesidade, IMC _____ _____ Outros _____			
	31 Recebeu vacina contra Gripe na última campanha? _____ _____ 1-Sim 2-Não 9-ignorado		32 Data da vacinação: _____	
	Se < 6 meses: a mãe recebeu a vacina? _____ 1-Sim 2-Não 9-ignorado		Se sim, data: _____	
	a mãe amamenta a criança? _____ 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)			

Dados de Atendimento	33	Usou antiviral para gripe? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	34	Qual antiviral? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-Osetamivir 2-Zanamivir 3-Outro, especifique: _____	35	Data início do tratamento ____ ____ ____
	36	Houve internação? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	37	Data da internação por SRAG: ____ ____ ____	38	UF de internação: ____ ____
	39	Município de internação: _____	Código (IBGE): ____ ____ ____ ____ ____ ____			
	40	Unidade de Saúde de internação: _____	Código (CNES): ____ ____ ____ ____ ____ ____			
	41	Internado em UTI? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	42	Data da entrada na UTI: ____ ____ ____	43	Data da saída da UTI: ____ ____ ____
	44	Uso de suporte ventilatório: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-Sim, invasivo 2-Sim, não invasivo 3-Não 9-Ignorado	45	Raio X de Tórax: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-Normal 2-Infiltrado intersticial 3-Consolidação 4-Misto 5-Outro: _____ 6-Não realizado 9-Ignorado	46	Data do Raio X: ____ ____ ____
	47	Coletou amostra? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	48	Data da coleta: ____ ____ ____	49	Tipo de amostra: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-Secreção de Naso-orofaringe 2-Lavado Broco-alveolar 3-Tecido post-mortem 4-Outra, qual? _____ 9-Ignorado
	Dados Laboratoriais	50	Nº Requisição do GAL: _____			
51		Resultado da IF: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-Positivo 2-Negativo 3-Inconclusivo 4-Não realizado 5-Aguardando resultado 9-Ignorado	52	Data do resultado da IF: ____ ____ ____		
53		Agente Etiológico – IF: Positivo para Influenza? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se sim, qual influenza? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1- Influenza A 2- Influenza B Positivo para outros vírus? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se outros vírus respiratórios qual(is)? (marcar X) <input type="checkbox"/> Vírus Sincicial Respiratório <input type="checkbox"/> Parainfluenza 1 <input type="checkbox"/> Parainfluenza 2 <input type="checkbox"/> Parainfluenza 3 <input type="checkbox"/> Adenovirus <input type="checkbox"/> Outro vírus respiratório, especifique: _____				
54		Laboratório que realizou IF: _____	Código (CNES): ____ ____ ____ ____ ____ ____			
55		Resultado da RT-PCR: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-Detectável 2-Não Detectável 3-Inconclusivo 4-Não realizado 5-Aguardando resultado 9-Ignorado	56	Data do resultado RT-PCR: ____ ____ ____		
57		Agente Etiológico – RT-PCR: Positivo para Influenza? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se sim, qual influenza? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1- Influenza A 2- Influenza B Influenza A, qual subtipo? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <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"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-Vitória 2-Yamagata 3-Não realizado 4-Inconclusivo 5-Outro, especifique: _____ Positivo para outros vírus? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se outros vírus respiratórios, qual(is)? (marcar X) <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"/> Adenovirus <input type="checkbox"/> Metapneumovirus <input type="checkbox"/> Bocavirus <input type="checkbox"/> Rinovirus <input type="checkbox"/> Outro vírus respiratório, especifique: _____				
58		Laboratório que realizou RT-PCR: _____	Código (CNES): ____ ____ ____ ____ ____ ____			
Conclusão	59	Classificação final do caso: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-SRAG por influenza 2-SRAG por outro vírus respiratório 3-SRAG por outro agente etiológico, qual _____ 4-SRAG não especificado			60	Critério de Encerramento: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-Laboratorial 2-Vínculo-Epidemiológico 3-Clinico
	61	Evolução do Caso: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-Cura 2-Óbito 9-Ignorado	62	Data da alta ou óbito: ____ ____ ____	63	Data do Encerramento: ____ ____ ____
	64 OBSERVAÇÕES: _____ _____					
65 Profissional de Saúde Responsável: _____				66 Registro Conselho/Matricula: ____ ____ ____ ____ ____ ____		

Anexo 3 - Requisição de solicitação de exame no Sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL)

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

Sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial - GAL
Requisição de Exame

REQUISIÇÃO

1 Nº Requisição: 2 Unidade de Saúde (ou outra fonte)* 3 CNES*

4 Município de Atendimento: 5 Código IBGE* 6 UF:

7 Nome do Profissional de Saúde*: 8 Registro Conselho/Matrícula*: 9 Assinatura:

10 Data de Solicitação*: 11 Data dos Primeiros Sintomas: 12 Caso:
1 - Suspeito 2 - Comunicante 3 - Acompanhamento 4 - Controle 5 - Óbito
6 - Caso grave 7 - Surto 9 - Ignorado

13 Tratamento: 14 Etapa de Tratamento: 15 Paciente Tomou Vacina? 16 Data da Última Dose:
Quantidade: 1 - Dia 2 - Semana 3 - Mês 4 - Ano 9 - Ignorado
1 - Pretreatamento 2 - Tratamento 3 - Retratamento 1 - Sim 2 - Não
4 - Avaliação de Resistência 9 - Ignorado 9 - Ignorado

17 Qual Vacina? 18 Finalidade: Especifique:
1 - Campanha 2 - Inquérito 3 - Investigação
4 - Programa 5 - Protocolo 6 - Projeto 9 - Ignorado

PACIENTE

19 Nome do Paciente*:

20 Data de Nascimento*: 21 Idade*: 22 Sexo*: 23 Idade Gestacional: 24 Nacionalidade:
Quantidade: 1 - Hora(s) 2 - Dia(s) 3 - Mês(x) 4 - Ano(s) M - Masculino F - Feminino I - Ignorado
1 - 1º Trim. 2 - 2º Trim. 3 - 3º Trim. 4 - Ignorado
5 - Não 6 - Não se Aplica 9 - Ignorado

25 Raça/Cor: 26 Etnia: 27 Nome da Mãe:
1 - Branca 2 - Preta 3 - Parda 4 - Amarela 5 - Indígena 99 - Sem Informação

28 Documento do Paciente 1: 29 Documento do Paciente 2:
1 - RG 2 - CPF 3 - CNH 4 - CNS Número: 1 - RG 2 - CPF 3 - CNH 4 - CNS Número:
5 - CNASC 6 - PRONT 7 - INFOPEN 5 - CNASC 6 - PRONT 7 - INFOPEN

30 Logradouro: (Rua, Avenida...) 31 Número:

32 Complemento do Logradouro: 33 Ponto de Referência: 34 Bairro:

35 Município de Residência*: 36 Código IBGE* 37 UF:

38 CEP: 39 ODD / Telefone: 40 Zona: 41 País (Se reside fora do Brasil)*:
1 - Urbana 2 - Periurbana 3 - Rural 9 - Ignorado

AMOSTRA / EXAME

42 Exame Solicitado*	43 Material Enviado*	44 Amostra* (1ª, 2ª, 3ª, Única)	45 Tipo de Amostra: 1 - IN 2 - IB 3 - LM 4 - MTB 5 - MTV	46 Data da coleta*:	47 Usou medicamento antes da data da coleta? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado Especifique:

SINAN

48 Agravado/Doença: 49 CID 10* 50 Nº Notificação do SINAN* 51 Data de Notificação*:

52 Unidade de Saúde Notificante: 53 CNES*

54 Município de Notificação: 55 Código IBGE* 56 UF:

DADOS COMPLEMENTARES

57 Dados Clínicos/Laboratoriais:

*Campo de preenchimento obrigatório