

## Ficha de notificação para casos suspeitos e prováveis de Novo Coronavírus (2019-nCoV)

### Definição de Caso Suspeito:

Critérios clínicos		Critérios epidemiológicos
Febre <b>e</b> sintomas respiratórios (por exemplo, tosse e dificuldade para respirar)	e	Nos últimos 14 dias antes do início dos sintomas, histórico de viagem a área com transmissão local*
Febre <b>ou</b> sintomas respiratórios (por exemplo, tosse e dificuldade para respirar)	e	Nos últimos 14 dias antes do início dos sintomas, tenha tido contato próximo <b>e</b> com <b>caso suspeito ou confirmado</b> para o novo coronavírus (COVID-19),

### Definição de Caso Provável:

Critérios clínicos		Critérios epidemiológicos
Febre <b>ou</b> sintomas respiratórios (por exemplo, tosse e dificuldade para respirar)	e	Nos últimos 14 dias antes do início dos sintomas, tenha tido contato próximo <b>e</b> <b>domiciliar</b> com <b>caso confirmado</b> para o novo coronavírus (COVID-19),

#### GLOSSÁRIO

**¥FEBRE:** Febre pode não estar presente em alguns casos como, por exemplo, em pacientes jovens, idosos, imunossuprimidos ou que em algumas situações possam ter utilizado medicamento antitérmico. Nestas situações, a avaliação clínica deve ser levada em consideração e a decisão deve ser registrada na ficha de notificação.

**€CONTATO:** Contato próximo é definido como estar a aproximadamente dois metros de um paciente com suspeita de Doença pelo Coronavírus 2019 (COVID-19). Contato é definido como: Toda pessoa que convive no mesmo ambiente com o caso suspeito ou confirmado. Esse convívio pode se dar em casa e/ou em ambientes de trabalho, instituições de longa permanência, sala ou área de atendimento, aeronaves e outros meios de transporte, escola ou pré-escola. A avaliação do grau de exposição do contato deve ser individualizada, considerando-se, o ambiente e o tempo de exposição. O contato pode incluir: cuidar, morar, visitar ou compartilhar uma área ou sala de espera de assistência médica ou, ainda, nos casos de contato direto com fluidos corporais, enquanto não estiver usando o EPI recomendado.

## Identificação do paciente:

**Data da notificação:**

\* must provide value

   D-M-Y H:M

**Número do cartão SUS (CNS):**

Não é obrigatório o preenchimento

**CPF:**

Não é obrigatório o preenchimento

**Nome completo do paciente:**

\* must provide value

Preencher com o nome completo do caso

**Sexo:**

Masculino  Feminino

reset

**Gestante?**

Sim  Não

reset

**Trimestre gestacional:**

Primeiro  Segundo  Terceiro

reset

**Data de nascimento:**

   D-M-Y

**Idade em anos:**

**Nome da mãe:**

\* must provide value

**Nacionalidade**

**País de residência:**

\* must provide value

**Telefone do paciente**

Preferencial celular com whatsapp. Incluir código de área. Ex: 61999998888

**Endereço completo:**

**CEP residência:**

## Dados do caso

Data dos primeiros sintomas:



Today

D-M-Y

Selecione os sintomas apresentados

- Febre
- Tosse
- Dor de garganta
- Dificuldade de respirar
- Mialgia/artralgia
- Diarreia
- Náusea/vômitos
- Cefaleia (dor de cabeça)
- Coriza
- Irritabilidade/confusão
- Adinamia (fraqueza)
- Produção de escarro
- Calafrios
- Congestão nasal
- Congestão conjuntival
- Dificuldade para deglutir
- Manchas vermelhas pelo corpo
- Gânglios linfáticos aumentados
- Batimento das asas nasais
- Saturação de O<sub>2</sub> < 95%
- Sinais de cianose,
- Tiragem intercostal
- Dispneia
- Outros

O paciente utilizou analgésico, antitérmico ou antiinflamatório?

Sim  Não

reset

**Selecione os sinais clínicos observados:**

- Febre
- Exsudato faríngeo
- Convulsão
- Conjuntivite
- Coma
- Dispneia/Taquipneia
- Alteração de ausculta pulmonar
- Alteração na radiologia de tórax
- Outros

**Morbidades prévias (selecionar todas morbidades pertinentes):**

- Doença cardiovascular, incluindo hipertensão
- Diabetes
- Doença hepática
- Doença neurológica crônica ou neuromuscular
- Imunodeficiência
- Infecção pelo HIV
- Doença renal
- Doença pulmonar crônica
- Neoplasia (tumor sólido ou hematológico)

**Paciente foi hospitalizado?**

- Sim  Não  Não sabe

reset

**Nome do hospital de internação:**

**Data da internação hospitalar:**

  Today D-M-Y

**Data da alta hospitalar:**

  Today D-M-Y

**Data do isolamento:**

  Today D-M-Y

**Paciente foi submetido a ventilação mecânica?**

- Sim  Não  Não sabe

reset

**Situação de saúde do paciente no momento da notificação:**

- Óbito
- Cura
- Sintomático
- Ignorado

reset

**Foi realizada coleta de amostra do paciente?**

- Sim  Não  Não sabe

reset

## Dados de exposição e viagens

**Paciente tem histórico de viagem para fora do Brasil até 14 dias antes do início dos sintomas?**

Sim  Não  Não Sabe

[reset](#)

**Foi para Wuhan, na China?**

Sim  Não  Não sabe

[reset](#)

**Foi para outro local de transmissão?**

Sim  Não  Não sabe

[reset](#)

**Descritivo do histórico de deslocamento nos 14 dias antes do início dos sintomas:**

[Expand](#)

**Data da chegada no Brasil:**

 Today D-M-Y

**O paciente teve contato próximo com uma pessoa que seja caso SUSPEITO de Novo Coronavírus (2019-nCoV)?**

Sim  Não  Não Sabe

[reset](#)

**Se teve contato com outro caso, favor especificar o local:**

- Unidade de saúde
- Domicílio
- Local de trabalho
- Desconhecido
- Outro

**O paciente teve contato próximo com uma pessoa que seja caso CONFIRMADO de Novo Coronavírus (2019-nCoV)?**

Sim  Não  Não Sabe

[reset](#)

**Se teve contato com outro caso CONFIRMADO, favor especificar o local:**

- Unidade de saúde
- Domicílio
- Local de trabalho
- Desconhecido
- Outro

**Nome do caso fonte:**

Esteve em alguma unidade de saúde nos 14 dias antes do início dos sintomas?

Sim  Não  Não sabe

reset

Se frequentou unidade de saúde favor inserir as informações da unidade (Nome, endereço, contato):

Ocupação do caso suspeito:

- Profissional de saúde  
 Estudante da área de saúde  
 Profissional de laboratório  
 Trabalha em contato com animais  
 Outros

reset

Teve contato próximo com animais em áreas afetadas?

Sim  Não  Não sabe

reset

### Identificação da unidade notificadora:

Origem da notificação:

Estado de notificação (UF)?

\* must provide value

Município de notificação

Nome do notificador:

Profissão ou ocupação:

Telefone de contato do notificador/unidade notificante:

E-mail do notificador/unidade notificadora:

Classificação automatizada dos casos suspeitos e prováveis:

0-Provável, 1-Suspeito, 2-Excluído

**SUSPEITO**

SITUAÇÃO 1: pessoa que apresente febre **E** pelo menos um dos sinais ou sintomas respiratórios

+

Histórico de viagem para país com transmissão sustentada OU área com transmissão local nos últimos 14 dias

**OU**

SITUAÇÃO 2: Pessoa que apresente febre **OU** pelo menos um sinal ou sintoma respiratório

+

Histórico de contato com caso suspeito ou confirmado para COVID-19, nos últimos 14 dias

**PROVÁVEL**

SITUAÇÃO 3: Pessoa que manteve contato domiciliar com caso confirmado por COVID-19 nos últimos 14 dias

+

Apresente pelo menos um sinal ou sintoma respiratório **OU** febre.