

INFORME TÉCNICO Nº 01|2022: ORIENTAÇÕES PARA NOTIFICAÇÃO DA COVID-19 E INSERÇÃO NO E-SUS NOTIFICA

Semana Epidemiológica-SE 24|2022

Vigilância em Saúde | Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde Nº 01 | 14.06.22

A Resolução 56 de 04 de novembro de 2020/SES/Goiás dispõe sobre a obrigatoriedade da notificação ao Sistema de Vigilância Epidemiológica de **todos os casos suspeitos e/ou confirmados por COVID-19, bem como os óbitos em decorrência desta**. Portanto, diante dessa obrigatoriedade, todos os serviços de saúde devem seguir as orientações abaixo, seguindo o critério de **NOTIFICAÇÃO IMEDIATA**.

Todos os casos de síndrome gripal devem ser notificados na **FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE SG SUSPEITO DE DOENÇA PELO CORONAVÍRUS 2019 - COVID-19 (anexo 1) e após seguir orientações abaixo:**

- Após a notificação todos os casos devem ser inseridos no e-SUS notifica;
- Atentar-se para o preenchimento adequado de todos os campos da ficha de notificação inclusive sobre o Rastreamento de Contatos;
- Encaminhar a ficha de notificação após preenchida à Vigilância Epidemiológica/CIEVS.

OBS: Casos ASSINTOMÁTICOS DA COVID-19, com confirmação laboratorial por biologia molecular ou imunobiológico de infecção recente devem ser obrigatoriamente notificados no **e-SUS notifica**.

É de grande importância que a ficha seja preenchida de uma forma legível e que todos os campos sejam preenchidos corretamente.

Orientamos que a ficha de notificação seja preenchida por um profissional de saúde, e que o mesmo esteja com o documento de identificação do paciente para garantir a fidedignidade das informações (quando não for possível um profissional para o preenchimento da ficha é imprescindível que seja feita uma conferência para garantir a legibilidade das informações preenchidas).

Ressaltamos que todos os campos da ficha devem ser preenchidos com **letra legível**, conforme as observações dos campos destacados.

SEGUIE AS ORIENTAÇÕES QUANTO AO PREENCHIMENTO DA FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE SÍNDROME GRIPAL SUSPEITO DE DOENÇA PELO CORONAVÍRUS/COVID-19 E A INSERÇÃO DA MESMA NO SISTEMA DE INFORMAÇÃO E-SUS NOTIFICA

Campo destinado para anotação do **NÚMERO DE REGISTRO DA NOTIFICAÇÃO** do e-SUS VE.



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Nº

e-SUS Notifica 16/08/2021

FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE SG SUSPEITO DE DOENÇA PELO CORONAVÍRUS 2019 – COVID-19 (B34.2)

Definição de caso: 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 distúrbios gustativos.

Em crianças: além dos itens anteriores considera-se também obstrução nasal, na ausência de outro diagnóstico específico.

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

Observação: Na suspeita de COVID-19, a febre pode estar ausente e sintomas gastrointestinais (diarreia) podem estar presentes.

IDENTIFICAÇÃO			
Município de Notificação: _____		UF de notificação: __ __	Data da Notificação: __ __ __
Tem CPF? (Marcar X) __ Sim __ Não	Estrangeiro: (Marcar X) __ Sim __ Não	Profissional de saúde: (Marcar X) __ Sim __ Não	Profissional de segurança: (Marcar X) __ Sim __ Não
CPF: __ __ __ __ __ __ __ __ __ __	CNS: __ __ __ __ __ __ __ __ __ __	Passaporte: __ __ __ __ __ __ __ __ __ __	
Ocupação (CBO): _____			
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 __ Ignorado __ Indígena Se indígena, informar etnia:		
É membro de povo ou comunidade tradicional? (Marcar X) __ Sim __ Não <i>Se sim, qual?</i> _____			
Estado de residência: __ __ __		Município de Residência: _____	CEP: __ __ __ __ - __ __
Logradouro: _____		Número: _____	Bairro: _____
Complemento: _____			
Telefone 1: _____		Telefone 2: _____	
E-mail: _____			

TODOS OS DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SÃO OBRIGATÓRIOS E ESTES DADOS DEVEM SER PREENCHIDOS DE FORMA LEGÍVEL

Selecionar essa opção quando o teste for realizado em pacientes que buscarem atendimento com sintomas gripais.

Selecionar essa opção quando o teste for realizado com uma finalidade específica.

Selecionar essa opção quando o teste for realizado em uma população específica.

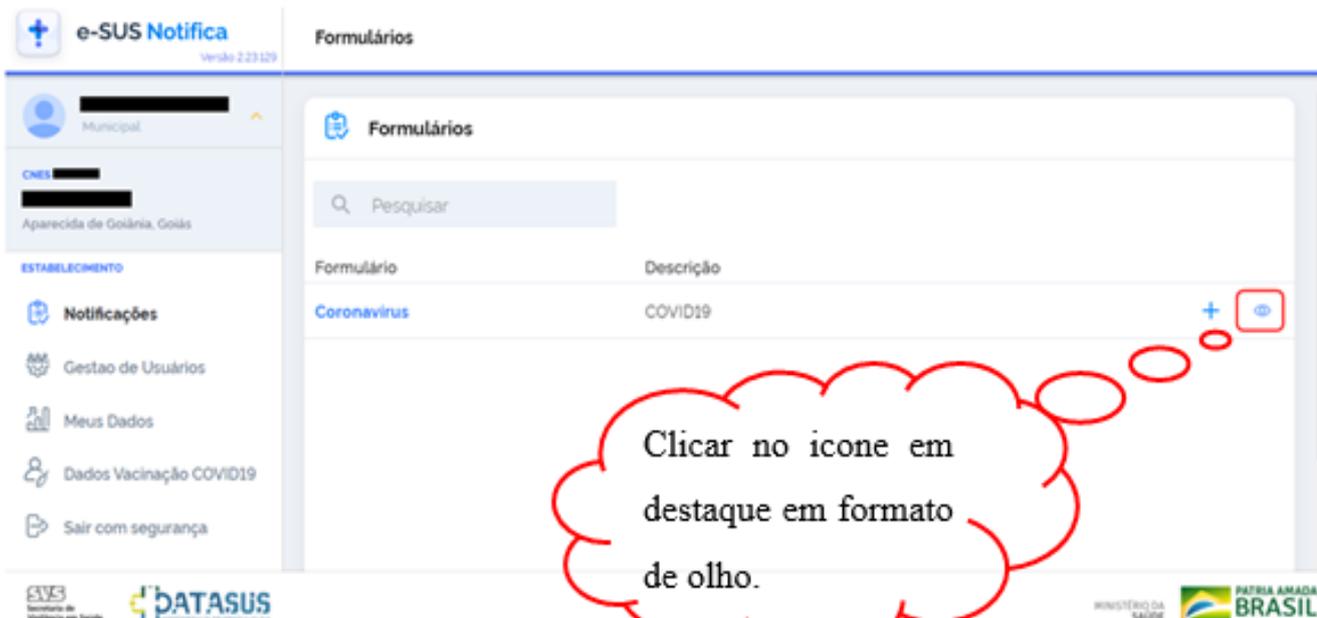
ESTRATÉGIA E LOCAL DE REALIZAÇÃO DA TESTAGEM			
Estratégia: (Marcar X)	<input type="checkbox"/> Diagnóstico assistencial (sintomático)	<input type="checkbox"/> Busca ativa de assintomático	<input type="checkbox"/> Triagem de população específica
Se busca ativa de assintomático: (Marcar X)	<input type="checkbox"/> Monitoramento de contatos	Se triagem de população específica: (Marcar X)	<input type="checkbox"/> Trabalhadores de serviços essenciais ou estratégicos
	<input type="checkbox"/> Investigação de surtos		<input type="checkbox"/> Profissionais de saúde
	<input type="checkbox"/> Monitoramento de viajantes com risco de VOC (quarentena)		<input type="checkbox"/> Gestantes e puérperas
	<input type="checkbox"/> Outro:		<input type="checkbox"/> Povos e comunidades tradicionais
Local de realização da testagem: (Marcar X)	<input type="checkbox"/> Serviço de saúde (UBS, hospital, UPA etc.)	<input type="checkbox"/> Local de trabalho	<input type="checkbox"/> Aeroporto
	<input type="checkbox"/> Farmácia ou drogaria	<input type="checkbox"/> Escola	<input type="checkbox"/> Domicílio ou comunidade
	<input type="checkbox"/> Outro: _____		

Informar os sintomas relatados pelo paciente ou aferidos pelo profissional de saúde.

DADOS CLÍNICOS EPIDEMIOLÓGICOS						
Sintomas: (Marcar X)	<input type="checkbox"/> Assintomático	<input type="checkbox"/> Febre	<input type="checkbox"/> Dor de Garganta	<input type="checkbox"/> Dispneia	<input type="checkbox"/> Tosse	<input type="checkbox"/> Coriza
	<input type="checkbox"/> Dor de Cabeça	<input type="checkbox"/> Distúrbios gustativos	<input type="checkbox"/> Distúrbios olfativos	<input type="checkbox"/> Outros _____		
Data do início dos sintomas:	____/____/____					
Condições: (Marcar X)	<input type="checkbox"/> Doenças respiratórias crônicas descompensadas		<input type="checkbox"/> Doenças cardíacas crônicas	<input type="checkbox"/> Diabetes		
	<input type="checkbox"/> Doenças renais crônicas em estágio avançado (graus 3, 4 e 5)		<input type="checkbox"/> Puérpera (até 45 dias do parto)	<input type="checkbox"/> Gestante		
	<input type="checkbox"/> Portador de doenças cromossômicas ou estado de fragilidade imunológica		<input type="checkbox"/> Imunossupressão	<input type="checkbox"/> Obesidade		
<i>Campos preenchidos automaticamente pelo sistema.</i>						
Recebeu vacina Covid-19? (Marcar X)	Se recebeu vacina Covid-19, informar:	Dose	Data da vacinação	Laboratório produtor da vacina	Lote da vacina	
		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	1ª dose	____/____/____		
		2ª dose	____/____/____			

Em caso de comorbidades este campo deverá ser preenchido obrigatoriamente, pois são informações de grande importância epidemiológica.

➤ **PASSO A PASSO ILUSTRATIVO PARA INSERÇÃO DOS CASOS SUSPEITOS NO E-SUS NOTIFICA**



Coronavirus
Notificações / Formulário / Coronavirus

Verificar Exportações Incluir

*A pesquisa por nome deve conter no mínimo 10 caracteres.

Pesquisar

Exportar CSV

Número Notificação	Nome Completo	Data de Nascimento	Estado de Residência	Município de Residência	Telefone 2	Data da Notificação	RT-PCR	Ações
5221101740907	LUCAS LISBOA SANTOS	21/06/1988	Goiás	Aparecida de Goiânia		29/09/2021		⋮
5221101740571	AGATHA MIRANDA RIBEIRO	03/03/2017	Goiás	Aparecida de Goiânia		29/09/2021		⋮
5221101740659	marilia c. de souza	08/06/1984	Goiás	Aparecida de Goiânia		17/09/2021		⋮
5221101740657	ONILDA ALVES DE SOUZA A.	09/02/1965	Goiás	Aparecida de Goiânia		24/08/2021	Detectável	⋮
5221101740357	LORENA BARBOSA BARROS	27/12/1989	Goiás	Aparecida de Goiânia		29/09/2021		⋮
5221101740338	ERIKA PATRICIA M. VELOSO	16/07/1987	Goiás	Aparecida de Goiânia		17/09/2021		⋮
5221101740307	MARLENE GONCALVES DE	15/07/1951	Goiás	Aparecida de Goiânia	(62) 99445-8015	07/07/2021	Detectável	⋮
5221101740299	ELIOMAR GOMES DA SILVA	10/04/1979	Goiás	Aparecida de Goiânia		29/09/2021		⋮
5221101740223	THEO FELIPE GOMES LOMA	23/11/2019	Goiás	Aparecida de Goiânia		29/09/2021		⋮

Linhas por páginas 10

1 - 10

Verificar Exportações Incluir

Exportar CSV

RT-PCR	RT-LAMP	Ações
		⋮
		⋮
		⋮
		⋮
		⋮
		⋮

Clicar no botão "Incluir" para realizar a inclusão dos dados do caso suspeito.

Coronavírus

IDENTIFICAÇÃO ^

Tem CPF?

Sim Não

É profissional de saúde?

Sim Não

Profissional de Segurança

Sim Não

CPF

CBO

Nome Completo

Data de Nascimento

Sexo

Masculino

Feminino

Raça/Cor

Raça/Cor

Branca

Preta

Parda

Amarela

Indígena

Ignorado

Comunidade/Povo Tradicional?

Sim Não

CEP

Logradouro

Número (ou SN para Sem Número)

Complemento

Bairro

Estado de Residência

Município de Residência

Telefone 1

É importante que todos esses dados sejam inseridos de forma correta e completa.

Obs.: Não Abreviar nome, atenção na data de nascimento. Inserir o endereço de forma completa; Rua; Quadra; Lote; Município; Estado. Em hipótese alguma insira 00000 no campo de telefone pois esse é o principal meio de contato com o paciente e o mesmo deverá ser preenchido com o número real do paciente.

Selecionar a opção específica da estratégia de teste para Covid-19 utilizada no paciente. Teremos 3 OPÇÕES.

ESTRATÉGIA E LOCAL DE REALIZAÇÃO DA TESTAGEM ^

Estratégia

Selecionar essa opção quando o teste for realizado em pacientes que buscarem atendimento com sintomas gripais.

- Diagnóstico assistencial (sintomático)
- Busca ativa de assintomático
- Triagem de população específica

ESTRATÉGIA E LOCAL DE REALIZAÇÃO DA TESTAGEM ^

Estratégia

- Diagnóstico assistencial (sintomático)
- Busca ativa de assintomático
- Triagem de população específica

Selecionar essa opção quando o teste for realizado com uma finalidade específica.

Se busca ativa de assintomático

- Monitoramento de contatos
- Investigação de surtos
- Monitoramento de viajantes com risco de VOC (quarentena)
- Outros

Selecionar a opção que descreve a finalidade da realização do teste e em caso de "OUTROS" descrever a finalidade.

ESTRATÉGIA E LOCAL DE REALIZAÇÃO DA TESTAGEM ^

Estratégia

Diagnóstico assistencial (sintomático)

Busca ativa de assintomático

Triagem de população específica

Selecionar essa opção quando o teste for realizado em uma população específica.

Se triagem de população específica

Trabalhadores de serviços essenciais ou estratégicos

Profissionais de saúde

Gestantes e puérperas

Povos e comunidades tradicionais

Outros

Selecionar a opção que descreve a população específica. Caso seja preenchido "OUTROS" descrever qual é a população.

Local de realização da testagem

Serviço de saúde (UBS, hospital, UPA etc.)

Local de trabalho

Aeroporto

Farmácia ou drogaria

Escola

Domicílio ou comunidade

Outros

Selecionar a opção específica conforme local de realização do teste. Caso o campo local de realização da testagem for preenchido com a opção "OUTROS" deverá ser descrito o nome do estabelecimento que realizou o teste.

NOTIFICAÇÃO ^

Data da Notificação

27/09/2021



Informar a data de início dos sintomas relatados pelo paciente, exceto se for assintomático.

Sintomas

- Assintomático
- Coriza
- Distúrbios Olfativos
- Distúrbios Gustativos
- Dor de Cabeça
- Tosse
- Febre
- Dispneia
- Dor de Garganta
- Outros

Informar os sintomas relatados pelo paciente ou aferidos pelo profissional de saúde. Quando “Sintomas” for igual a “Outro” deverá ser especificado qual o outro sintoma relatado pelo paciente.

Condições

- Doenças respiratórias crônicas descompensadas
- Doenças cardíacas crônicas
- Diabetes
- Doenças renais crônicas em estágio avançado (graus 3, 4 ou 5)
- Imunossupressão
- Gestante
- Portador de doenças cromossômicas ou estado de fragilidade ...
- Puérpera (até 45 dias do parto)
- Obesidade
- Outros

Selecionar as condições associadas caso paciente apresente alguma comorbidade este campo deverá ser preenchido obrigatoriamente, pois são informações de grande importância epidemiológica. Se “Outros”, especificar qual.

Recebeu vacina Covid-19?

- Sim
 Não
 Ignorado

Doses

- 1ª Dose
 2ª Dose

Data 1ª dose

29/01/2021



Data 2ª dose

03/03/2021



Laboratório produtor 1ª dose

FUNDACAO BUTANTAN

Laboratório produtor 2ª dose

FUNDACAO BUTANTAN

Lote 1ª dose

202010031

Lote 2ª dose

210013

Dados vacinais

Campo de preenchimento automático quando CPF do paciente for informado e possuir informações de vacina.

➤ Para incluir teste **RT-PCR** entre outros:

Incluir o tipo de teste realizado pelo paciente (RT-PCR, RT-LAMP, Teste Sorológico – IgA, IgM, IgG ou Anticorpos Totais, Teste rápido–anticorpo IgM ou IgG). OBS: É possível selecionar múltiplos testes quando realizado mais de um teste no paciente.

Para cada tipo de teste selecionado informar a data da coleta do (s) teste(s) realizado(s) pelo paciente. **CAMPO OBRIGATÓRIO** quando o campo “Estado do Teste” for selecionado com as categorias “Coletado” ou “Concluído”.

TESTE COVID19 ^

Tipo de Teste

RT-PCR

Estado do Teste

Coletado

Data da Coleta

27/09/2021

Adicionar

Limpar

Após preencher os dados do teste realizado clique na opção “Adicionar” para salvar as informações.

Tipo de Teste	Estado do Teste	Data da Coleta	Resultado	Lote	Fabricante
RT-PCR	Coletado	20/07/2021			

Após adicionar as informações do teste realizado surgirá esse campo contento os dados adicionados.

➤ Para incluir **TESTE RÁPIDO DE ANTÍGENO**:

Incluir o teste (s) realizado (s) pelo paciente **CAMPO OBRIGATÓRIO** “Teste rápido antígeno”.

Informar a data da coleta do (s) teste (s) realizado (s) pelo paciente. **CAMPO OBRIGATÓRIO** quando o campo “Estado do Teste” for selecionado com a categoria “Concluído”.

Informar o estado do teste realizado. **CAMPO OBRIGATÓRIO** selecionado com a categoria “Concluído”.

Informar o lote do teste realizado. **CAMPO OPCIONAL**

TESTE COVID19 ^

Tipo de Teste	Estado do Teste	Data da Coleta	Resultado	Lote
TESTE RÁPIDO - ANTÍGENO X	Concluído X	01/06/2022 X	Não Reagente X	

Fabricante

INSTITUTO DE BIOLOGIA MOLECULAR DO X

Adicionar Limpar

Informar o fabricante do teste realizado. **CAMPO OBRIGATÓRIO**
OBS: É possível selecionar múltiplos fabricantes.

Informar o resultado do teste realizado. **CAMPO OBRIGATÓRIO** selecionado com a categoria Reagente, não reagente, inconclusivo ou indeterminado

Após preencher os dados do teste realizado clique na opção “Adicionar” para salvar as informações.

Tipo de Teste	Estado do Teste	Data da Coleta	Resultado	Lote	Fabricante
TESTE RÁPIDO - ANTÍGENO	Concluído	01/06/2022	Não Reagente		INSTITUTO DE BIOLOGIA MOLECULAR DO PARANÁ

Após adicionar as informações do teste realizado surgirá esse campo contendo os dados adicionados.

Adicionar os dados das
pessoas que tiveram
CONTATO com o
paciente.

Registro para monitoramento de contatos

+ Adicionar contato

A definição de contato é qualquer pessoa 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 dez dias após a data de início dos sinais e/ou sintomas** ou após a data da coleta do exame (caso confirmado assintomático).

← Adicionar registro para monitoramento do contato

Nome completo
Pessoa.....| X

Estado de residência
Goiás X

Município de residência
Aparecida de Goiânia X

CPF (opcional)
|

Telefone 1
(62) 9900-0000

Telefone 2
Informe o telefone 2

Data do último contato
20/09/2021

Relação com o caso
Familiar

Limpar tudo

Salvar Registro Cancelar

Colocar os dados das
pessoas que tiveram
contato com o
paciente confirmado
COVID-19 e
SALVAR o registro.

← Registrar Notificação

Obesidade
 Outros

Recebeu vacina Covid-19?

Sim
 Não
 Ignorado

TESTE COVID19 ^

Tipo de Teste

Adicionar Limpar

Registro para monitoramento de c

+ Adicionar contato

Registro de contato salvo com sucesso!

OK

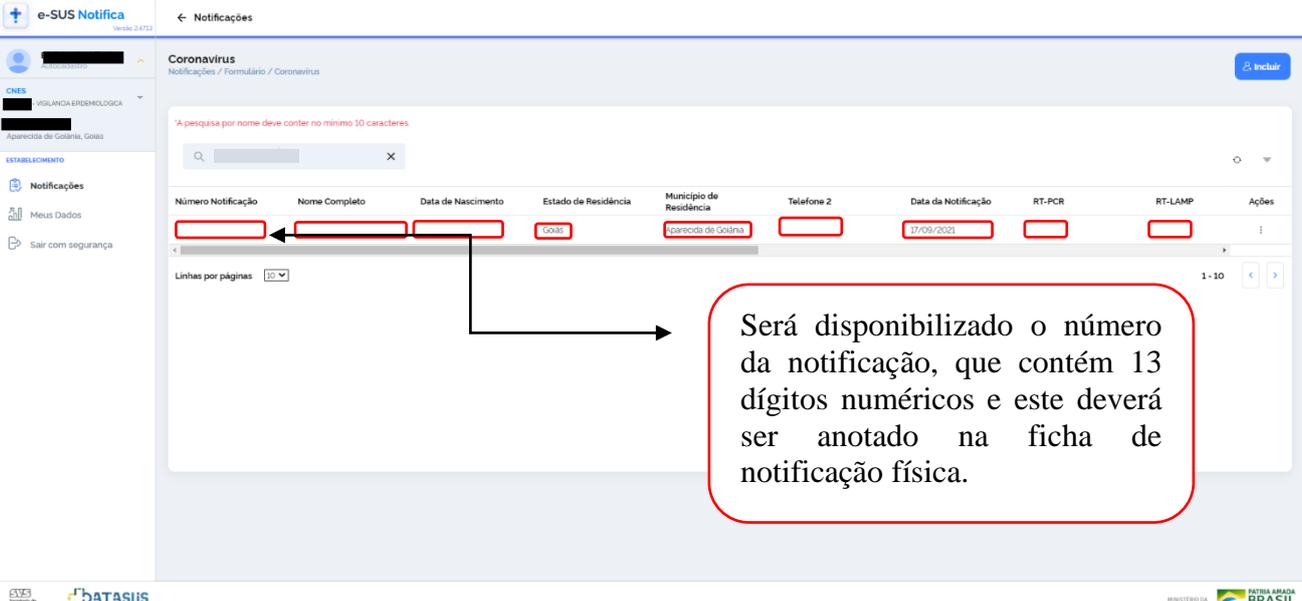
Notificação	Nome Completo	Estado de Residência	Município de Residência	Telefone 1	Telefone 2	Relação com o caso	Data d	Ações
Não definido	Pessoa.....	GO - Goiás	5201405 - Aparecida de Goiânia	(62) 99000-0000		Familiar	20/09	:

Salvar

Cancelar

Limpar Tudo

Após incluir todos os dados **OBRIGATÓRIOS** o registro da notificação deverá ser salvo ao clicar no **“SALVAR”**



e-SUS Notifica
 Notificações

Coronavirus
 Notificações / Formulário / Coronavirus

*A pesquisa por nome deve conter no mínimo 10 caracteres

Número Notificação	Nome Completo	Data de Nascimento	Estado de Residência	Município de Residência	Telefone 2	Data da Notificação	RT-PCR	RT-LAMP	Ações
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	GOIÁS	Aparecida de Goiânia	[Redacted]	17/08/2021	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]

Linhas por página: 10

Será disponibilizado o número da notificação, que contém 13 dígitos numéricos e este deverá ser anotado na ficha de notificação física.

Observações:

- O profissional de saúde deve notificar cada caso suspeito ou confirmado que identificar.
- Os casos suspeitos deverão ser inseridos no sistema e-SUS notifica.
- As fichas de investigação deverão ser encaminhadas para o CIEVS/Vigilância Epidemiológica com o **NÚMERO DA NOTIFICAÇÃO** fornecido pelo sistema e-SUS notifica e **separadas segundo resultado (POSITIVO E NEGATIVO) quando for teste rápido de antígeno.**
- Não utilizar número de notificação já existente.
- **ENVIAR FICHA DE NOTIFICAÇÃO PARA A VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA/CIEVS SOMENTE APÓS INSERÇÃO NO E-SUS.**

UNIDADES QUE ENVIAM A FICHA DE SG SUSPEITA DE DOENÇA PELO CORONAVÍRUS/COVID-19 PARA A VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA:

- | | |
|---|--|
| ➤ Unidades Básicas de Saúde | ➤ Hosp. Santa Mônica, Encore |
| ➤ UPAs Flamboyant, Buriti Sereno e Brasicon | ➤ HMAP, HEAPA |
| ➤ Unidade Drive Thru COVID-19 | ➤ Unidade penitenciária |
| ➤ Cais Colina Azul e Nova Era | ➤ Laboratórios e Clínicas privadas |
| ➤ Maternidade Marlene Teixeira | ➤ SAD e saúde mental |
| ➤ Hosp. São Silvestre, Garavelo | ➤ Demais unidades do município que realizam testagem |

Anexo I – Ficha de Notificação de SG suspeito de Covid-19.



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Nº

e-SUS Notifica 16/08/2021

FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE SG SUSPEITO DE DOENÇA PELO CORONAVÍRUS 2019 – COVID-19 (B34.2)

Definição de caso: 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 distúrbios gustativos.

Em crianças: além dos itens anteriores considera-se também obstrução nasal, na ausência de outro diagnóstico específico.

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

Observação: Na suspeita de COVID-19, a febre pode estar ausente e sintomas gastrointestinais (diarreia) podem estar presentes.

IDENTIFICAÇÃO			
Município de Notificação:		UF de notificação: __ __	Data da Notificação: __ __ __
Tem CPF? (Marcar X) __ Sim __ Não	Estrangeiro: (Marcar X) __ Sim __ Não	Profissional de saúde: (Marcar X) __ Sim __ Não	Profissional de segurança: (Marcar X) __ Sim __ Não
CPF: __ __ __ __ __ __ __ __ __	CNS: __ __ __ __ __ __ __ __ __	Passaporte: __ __ __ __ __ __ __ __ __	
Ocupação (CBO):			
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 __ Ignorado __ Indígena Se indígena, informar etnia: _____		
É membro de povo ou comunidade tradicional? (Marcar X) __ Sim __ Não <i>Se sim, qual?</i>			
Estado de residência: __ __ __		Município de Residência: _____	
Logradouro: _____		Número: _____	Bairro: _____
CEP: __ __ __ __ __ __			
Complemento: _____			
Telefone 1: _____		Telefone 2: _____	
E-mail: _____			

ESTRATÉGIA E LOCAL DE REALIZAÇÃO DA TESTAGEM			
Estratégia: (Marcar X) __ Diagnóstico assistencial (sintomático) __ Busca ativa de assintomático __ Triagem de população específica __			
Se busca ativa de assintomático: (Marcar X) __ Monitoramento de contatos __ Investigação de surtos __ Monitoramento de viajantes com risco de VOC (quarentena) __ Outro: _____	Se triagem de população específica: (Marcar X) __ Trabalhadores de serviços essenciais ou estratégicos __ Profissionais de saúde __ Gestantes e puérperas __ Povos e comunidades tradicionais __ Outro: _____		
Local de realização da testagem: (Marcar X) __ Serviço de saúde (UBS, hospital, UPA etc.) __ Farmácia ou drogaria __ Outro: _____	__ Local de trabalho __ Escola	__ Aeroporto __ Domicílio ou comunidade	

DADOS CLÍNICOS EPIDEMIOLÓGICOS			
Sintomas: (Marcar X) __ Assintomático __ Febre __ Dor de Garganta __ Dispneia __ Tosse __ Coriza __ Dor de Cabeça __ Distúrbios gustativos __ Distúrbios olfativos __ Outros: _____			
Data do início dos sintomas: __ __ __ __			
Condições: (Marcar X) __ Doenças respiratórias crônicas descompensadas __ Doenças renais crônicas em estágio avançado (graus 3, 4 e 5) __ Portador de doenças cromossômicas ou estado de fragilidade imunológica		__ Doenças cardíacas crônicas __ Puérpera (até 45 dias do parto) __ Imunossupressão __ Diabetes __ Gestante __ Obesidade __ Outros	
<i>Campos preenchidos automaticamente pelo sistema.</i>			
Recebeu vacina Covid-19? (Marcar X) __ Sim __ Não	Se recebeu vacina Covid-19, informar:	Dose	Data da vacinação
		1ª dose	__ __ __ __
		2ª dose	__ __ __ __
			Laboratório produtor da vacina
			Lote da vacina

EXAMES LABORATORIAIS				
Tipo de teste	Estado do teste		Data da coleta	Resultado
RT-PCR	__ Solicitado __ Concluído	__ Coletado __ Não Solicitado	__ __ __ __	__ Não detectável __ Detectável __ Inconclusivo ou Indeterminado
RT-LAMP	__ Solicitado __ Concluído	__ Coletado __ Não Solicitado	__ __ __ __	__ Não detectável __ Detectável __ Inconclusivo ou Indeterminado
Teste sorológico IgA	__ Solicitado __ Concluído	__ Coletado __ Não Solicitado	__ __ __ __	__ Não reagente __ Reagente __ Inconclusivo ou Indeterminado
Teste sorológico IgM	__ Solicitado __ Concluído	__ Coletado __ Não Solicitado	__ __ __ __	__ Não reagente __ Reagente __ Inconclusivo ou Indeterminado
Teste sorológico IgG	__ Solicitado __ Concluído	__ Coletado __ Não Solicitado	__ __ __ __	__ Não reagente __ Reagente __ Inconclusivo ou Indeterminado
Teste sorológico – anticorpos totais	__ Solicitado __ Concluído	__ Coletado __ Não Solicitado	__ __ __ __	__ Não reagente __ Reagente __ Inconclusivo ou Indeterminado
Teste rápido de anticorpo IgM	__ Solicitado __ Concluído	__ Coletado __ Não Solicitado	__ __ __ __	__ Não reagente __ Reagente __ Inconclusivo ou Indeterminado
Teste rápido de anticorpo IgG	__ Solicitado __ Concluído	__ Coletado __ Não Solicitado	__ __ __ __	__ Não reagente __ Reagente __ Inconclusivo ou Indeterminado

