



e-SUS VE

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Ficha de Notificação de Síndrome Gripal

Utilizar essa ficha para notificar caso suspeito de infecção pelo COVID-19 **SEM** sinais de gravidade.

Orientar e preencher **DECLARAÇÃO DE ISOLAMENTO DOMICILILAR** para o paciente e contatos próximos por 14 dias após início dos sintomas

Será considerado **CASO SUSPEITO** a pessoa que, nos últimos 14 dias, apresente:

SITUAÇÃO 1: Febre **E** pelo menos um sinal ou sintoma respiratório (tosse, congestão nasal ou conjuntival, dor em orofaringe, dificuldade de respirar, batimento de asas nasais, tiragem intercostal, dispneia, saturação de O₂ < 95% entre outros);

SITUAÇÃO 2 (CONTATO PRÓXIMO): pessoa que, nos últimos 14 dias, teve contato próximo de caso suspeito ou confirmado para COVID-19 e apresente febre **OU** sintoma respiratório

Será considerado **CASO PROVÁVEL**:

SITUAÇÃO 3: CONTATO DOMICILIAR: pessoa que, nos últimos 14 dias, reside ou trabalhe no domicílio de caso suspeito ou confirmado para COVID-19 **E** apresente:

Febre **OU** pelo menos um sinal ou sintoma respiratório, **OU** outros sinais e sintomas inespecíficos como: fadiga, mialgia/artralgia, dor de cabeça, calafrios, gânglios linfáticos aumentados, diarreia, náusea, vômito, desidratação e inapetência.

IDENTIFICAÇÃO

NOME:

É PROFISSIONAL DE SAÚDE? **SIM** **NÃO** Se sim, qual: _____

RG DO HC-UFTM:

SEXO: **SIM** **NÃO**

DATA DE NASCIMENTO:

IDADE:

NOME DA MÃE:

CPF:

CARTÃO SUS:

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA:

ENDEREÇO COMPLETO:

TELEFONE CELULAR:

TELEFONE DE CONTATO:

NOTIFICAÇÃO

DATA DA NOTIFICAÇÃO:

DATA DO INÍCIO DOS SINTOMAS:

SINTOMAS: **DOR DE GARGANTA** **DISPNEIA** **FEBRE** **TOSSE** **CORIZA**

ADINAMIA (FRAQUEZA) **DIARREIA** **NÁUSEA/VÔMITO**

ALTERAÇÃO RADIOLÓGICA **ALTERAÇÃO DE AUSCULTA PULMONAR**

CONDIÇÕES / MORBIDADES PRÉVIAS

DOENÇA RESPIRATÓRIA CRÔNICA DESCOMPENSADA: _____

DOENÇAS CARDÍACAS CRÔNICAS: _____

DIABETES IMUNOSSUPRESSÃO GESTANTE DE ALTO RISCO

PORTADOR DE DOENÇA CROMOSSÔMICA DOENÇA RENAL HIPERTENSÃO

PACIENTE FOI INTERNADO: SIM NÃO

ESTADO DO TESTE: SOLICITADO COLETADO CONCLUÍDO

DATA DA COLETA:

TIPO DE TESTE: TESTE RÁPIDO - ANTICORPO TESTE RÁPIDO – ANTÍGENO RT-PCR

RESULTADO DO TESTE: NEGATIVO POSITIVO

ORIENTOU E FORNECEU DECLARAÇÃO DE ISOLAMENTO DOMICILIAR POR 14 DIAS: _____

OBSERVAÇÕES:

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE NOTIFICADORA

HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO

CNES: 2206595

UBERABA-MG

SETOR DE ORIGEM DA NOTIFICAÇÃO: _____

NOME DO NOTIFICADOR: _____

PROFISSÃO OCUPAÇÃO: _____