

ATO DA SECRETÁRIA

RESOLUÇÃO SMS Nº 4623 DE 15 DE DEZEMBRO DE 2020

A SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE, no uso das atribuições que lhe são conferidas pela legislação em vigor, e tendo em vista o que consta do Ofício S/CGVS nº 020 de 08/12/2020,

RESOLVE

Art. 1º Aprovar e conceder efeito normativo à **NOTA TÉCNICA CONJUNTA Nº 08/2020 (S/CGVS/ CVS e S/SUBHUE) - ANEXO I - Definições para notificação/investigação de casos de surto de síndrome gripal por COVID19 em ambiente hospitalar - conduta e investigação epidemiologia.**

Art. 2º Esta Resolução produz efeitos enquanto durar a epidemia do novo Coronavírus no âmbito da Cidade do Rio de Janeiro

Art. 3º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Rio de Janeiro, 15 de dezembro de 2020

ANA BEATRIZ BUSCH ARAUJO

Secretária Municipal de Saúde

ANEXO I - À RESOLUÇÃO SMS Nº 4623 DE 15 DE DEZEMBRO DE 2020

NOTA TÉCNICA CONJUNTA Nº 08/2020 (S/CGVS e CVS e S/SUBHUE)

DEFINIÇÕES PARA NOTIFICAÇÃO/INVESTIGAÇÃO DE CASOS DE SURTO DE SÍNDROME GRIPAL POR COVID19 EM AMBIENTE HOSPITALAR - CONDUTA E INVESTIGAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA

Considerando o Guia de Vigilância em Saúde: volume único (SVS/MS) - 2019 que dispões sobre a notificação de surtos de síndrome gripal em ambiente hospitalar.

Considerando o Guia de Vigilância Epidemiológica sobre a Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional pela Doença pelo Coronavírus 2019 (SVS/MS) de 05 de agosto de 2020.

Considerando a necessidade de investigação e monitoramento de surtos por COVID19 em ambiente hospitalar.

Considerando a Nota Técnica SES de 15 de outubro de 2020 sobre a ampliação da testagem de Biologia Molecular RT-PCR para a detecção do RNA do Coronavírus (SARS -CoV-2).

INFORMAMOS:

1. É considerado como caso suspeito de Síndrome Gripal (SG) por Covid-19 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 a obstrução nasal na ausência de outro diagnóstico específico; em idosos, além dos itens anteriores, deve-se considerar também critérios específicos de agravamento como síncope, confusão mental, sonolência excessiva, irritabilidade e inapetência.

2. É definido como caso suspeito de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) para a Vigilância Universal indivíduo com SG que apresente: dispneia/desconforto respiratório OU pressão ou dor persistente no tórax OU saturação de O2 menor que 95% em ar ambiente OU coloração azulada (cianose) dos lábios ou rosto. Em crianças além dos itens anteriores, observar os batimentos de asa de nariz, cianose, tiragem intercostal, desidratação e inapetência.

3. Será considerado surto de SG em Ambiente Hospitalar a ocorrência de pelo menos 3 casos de SG vinculados epidemiologicamente, em um determinado setor de internação (enfermaria, UTI), que tenham iniciado os sintomas de SG durante o período da internação observando-se as datas de início dos sintomas, e que tenham ocorrido no mínimo 48 horas após a admissão.

a . Se um dos casos de SG da mesma Enfermaria/UTI evoluir de forma grave (SRAG) ou a

óbito, também deverá ser considerado no surto.

4. Uma vez identificados casos de SG em uma mesma Enfermaria/UTI que atenda a definição de surto em ambiente hospitalar a unidade de saúde deverá acionar oportunamente (em 24h) a Vigilância em Saúde local para sequência das rotinas já estabelecidas e providenciar a notificação individual dos casos e a notificação do surto em instrumento específico (anexos).

a . *A notificação de casos de SG deve ser realizada na Ficha de Notificação de Síndrome Gripal (anexo A) para posterior inserção dos casos em sistema específico (E-SUS VE) pela unidade hospitalar;*

b . *A notificação de casos de SRAG deve ser realizada na Ficha de Notificação de Síndrome Respiratória Aguda Grave (anexo B) com posterior inserção em sistema específico (SIVEP) pela vigilância local.*

c . *A notificação de aglomerado de casos com vínculo epidemiológico (surto) deve ser realizada na Ficha de Notificação de Surto - SINAN NET (anexo C) e Planilha Para Acompanhamento de Surto, além da notificação dos casos individualmente nos sistemas correspondentes (SG no E-SUS VE e SRAG no SIVEP).*

5. Realizar rastreamento laboratorial por teste molecular (método RT-PCR em tempo real) dos casos de SG e dos contatos que tenham vínculo epidemiológico com os casos do surto mesmo que ainda não tenham apresentado sintomas de SG (exclusivamente nas situações de surto intra hospitalar).

b . *A Vigilância em Saúde Local deverá garantir a disponibilidade de kits para investigação laboratorial do casos/contatos do surto hospitalar.*

6. Caso um único paciente já internado (ou acompanhante) apresente sintomas de SG em um determinado setor de internação (enfermaria, UTI), o mesmo deverá ser testado para COVID-19 (método RT-PCR), mesmo que ainda não configure surto em ambiente hospitalar. Essa conduta visa a adoção precoce de medidas preventivas.

7. Considera-se como contato qualquer pessoa que esteve próximo a um caso confirmado por qualquer um dos critérios (clínico, clínico-epidemiológico, clínico- imagem ou clínico-laboratorial) para COVID-19 durante o seu período de transmissibilidade, ou seja, entre 02 dias antes e até 10 dias após a data de início dos sinais e/ou sintomas do caso confirmado.

Para fins de vigilância, rastreamento e monitoramento de contatos, deve-se considerar contato próximo à pessoa que:

a . *Esteve a menos de um metro de distância, por um período mínimo de 15 minutos, com um caso confirmado;*

b . *Teve contato físico direto (por exemplo, apertando as mãos) com um caso confirmado;*

c . *É profissional de saúde e prestou assistência ao caso de COVID-19 sem utilizar equipamentos de proteção individual (EPI), conforme preconizado, ou com EPIs danificados;*

d . *Seja contato do mesmo ambiente (Enfermaria, UTI) de um caso confirmado.*

8. Recomenda-se a cada caso de SG do surto que apresente confirmação laboratorial para COVID-19 (resultado detectável pelo método RT-PCR) o isolamento por 10 dias a partir do início dos sintomas e a suspensão do isolamento após esse período desde que passe 24 horas de resolução de febre sem uso de medicamentos antitérmicos e remissão dos sintomas respiratórios, mediante avaliação médica.

9. Recomenda-se o isolamento do caso de SG com resultado RT-PCR negativo por 10 dias a partir do início dos sintomas desde que permaneça sintomático e a suspensão do isolamento após esse período desde que passe 24 horas de resolução de febre sem uso de medicamentos antitérmicos e remissão dos sintomas respiratórios, mediante avaliação médica.

10. Para indivíduos do surto com quadro de SRAG com confirmação por qualquer um dos critérios (clínico, clínico-epidemiológico, clínico-imagem ou clínico-laboratorial) para COVID-19, recomenda-se o isolamento por 20 dias a partir do início dos sintomas OU após 10 dias com resultado RT-PCR negativo, desde que passe 24 horas de resolução de febre sem uso de medicamentos antitérmicos e remissão dos sintomas respiratórios, mediante avaliação médica.

11. Para os demais pacientes do mesmo local de internação (Enfermaria/UTI) e os outros contatos próximos assintomáticos (vide ponto 7) testados que forem confirmados laboratorialmente para COVID-19 (RT-PCR), deve-se manter isolamento, suspendendo-o após 10 dias da data da coleta da amostra.

a . Os casos confirmados em profissionais de saúde e/ou acompanhantes poderão realizar o isolamento em domicílio.

b . Os pacientes confirmados que internaram por outras causas, também poderão realizar o isolamento em domicílio, após avaliação e decisão da equipe de saúde do hospital considerando o aspecto clínico do motivo da internação.

12. Para pacientes e contatos próximos assintomáticos com resultado não detectável pelo método

a . Os profissionais de saúde, acompanhantes e pacientes internados por outras causas que receberam alta hospitalar poderão ter seu isolamento suspenso, porém deverão realizar o automonitoramento de possíveis sinais e sintomas pelo período de até 14 dias do último contato e atenção com as medidas de prevenção da transmissão do COVID-19. Se identificarem sinais e sintomas de SG no período, deverão ser orientados a procurar o serviço de saúde mais próximo de sua residência, conforme fluxo estabelecido no território.


b . O paciente que internou por outras causas e que permanecerá internado poderá ter seu isolamento suspenso, porém a equipe de saúde deverá manter monitoramento de possíveis sinais e sintomas por até 14 dias do último contato. Deve-se redobrar a atenção com o uso de EPI durante o período e atenção às medidas de prevenção da transmissão do COVID-19.

Referências Bibliográficas

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. Guia de Vigilância em Saúde : volume único [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. - 3ª. ed. - Brasília : Ministério da Saúde, 2019.

ANEXOS

A. Ficha de Notificação de Síndrome Gripal - E-SUS VE

 <div> <div>MINISTÉRIO DA SAÚDE</div> <div>SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE</div> </div>		<div> <div>NOTA</div> <div>4-SUS/Notificação - MODELO 25/08/2020</div> </div>	
FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE SG SUSPEITO DE DOENÇA PELO CORONAVÍRUS 2019 - COVID-19 (834.2)			
Definição de caso: indivíduos 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.			
UF de notificação:		Município de Notificação:	
IDENTIFICAÇÃO	Tem CPF? (Marcar X)		Estrangeiro: (Marcar X)
	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	Profissional de saúde (Marcar X)		Profissional de segurança (Marcar X)
	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	CBO:		CPF:
	CNS:		
	Nome Completo:		
	Nome Completo da Mãe:		
	Data de nascimento:		País de origem:
	Sexo: (Marcar X)		Raça/COR: (Marcar X)
<input type="checkbox"/> Masculino		<input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Parda	
<input type="checkbox"/> Feminino		<input type="checkbox"/> Indígena - Etnia:	
CEP:		<input type="checkbox"/> Ignorado	
Estado de residência:		Município de Residência:	
Logradouro:		Número:	Bairro:
Complemento:		Telefone de contato:	
Telefone Celular:		Data do início dos sintomas:	
DADOS CLÍNICOS EPIDEMIOLÓGICOS	Data da Notificação:		
	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 gustatórios <input type="checkbox"/> Distúrbios olfativos <input type="checkbox"/> Outros		
	Condições: (Marcar X)		
	<input type="checkbox"/> Doenças respiratórias crônicas descompensadas <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Obesidade		
	<input type="checkbox"/> Doenças renais crônicas em estágio avançado (graus 3, 4 e 5) <input type="checkbox"/> Imunossupressão		
	<input type="checkbox"/> Portador de doenças cromossômicas ou estado de fragilidade imunológica <input type="checkbox"/> Gestante		
	<input type="checkbox"/> Doenças cardíacas crônicas <input type="checkbox"/> Puérpera (até 45 dias do parto)		
	Estado do Teste: (Marcar X)		Data da Coleta do Teste:
<input type="checkbox"/> Solicitado		<input type="checkbox"/> RT - PCR	
<input type="checkbox"/> Coletado		<input type="checkbox"/> Teste rápido - anticorpo	
<input type="checkbox"/> Concluído		<input type="checkbox"/> Teste rápido - antígeno	
<input type="checkbox"/> Exame Não Solicitado		<input type="checkbox"/> Enzimaimunoensaio-ELISA	
		<input type="checkbox"/> Eletroquimioluminescência- ECLIA	
		<input type="checkbox"/> Quimioluminescência- CLIA	
Classificação final: (Marcar X)		Evolução do caso: (Marcar X)	
<input type="checkbox"/> Descartado		<input type="checkbox"/> Cancelado	
<input type="checkbox"/> Confirmado Clínico-Epidemiológico		<input type="checkbox"/> Ignorado	
<input type="checkbox"/> Confirmado Laboratorial		<input type="checkbox"/> Em tratamento domiciliar	
<input type="checkbox"/> Síndrome Gripal Não Especificada		<input type="checkbox"/> Internado em UTI	
Data de encerramento:			
Informações complementares e observações			

B. Ficha de Notificação de Síndrome Respiratória Aguda Grave - SIVEP

CASO DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE (SRAG-HOSPITALIZADO): Indivíduo com *SG que apresente: dispneia/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 1ªs sintomas	
3	UF:	4	Município:	Código (IBGE):	
5	Unidade de Saúde:		Código (CNES):		
6 CPF do cidadão: _____					
7 Nome: _____					
9 Data de nascimento:		10 (Ou) Idade:		8 Sexo: <input type="checkbox"/> 1-Masc. 2-Fem. 9-Ign	
		1-Dia 2-Mês 3-Ano		11 Gestante: <input type="checkbox"/>	
12 Raça/Cor: <input type="checkbox"/> 1-Branca <input type="checkbox"/> 2-Preta <input type="checkbox"/> 3-Amarela <input type="checkbox"/> 4-Parda <input type="checkbox"/> 5-Indígena <input type="checkbox"/> 9-Ignorado				1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre	
13 Se indígena, qual etnia? _____				4-Idade Gestacional Ignorada 5-Não	
14 Escolaridade: <input type="checkbox"/> 0-Sem escolaridade/Analfabeto <input type="checkbox"/> 1-Fundamental 1º ciclo (1ª a 5ª série) <input type="checkbox"/> 2-Fundamental 2º ciclo (6ª a 9ª série) <input type="checkbox"/> 3-Médio (1º ao 3º ano) <input type="checkbox"/> 4-Superior <input type="checkbox"/> 5-Não se aplica <input type="checkbox"/> 9-Ignorado				6-Não se aplica 9-Ignorado	
15 Ocupação: _____		16 Nome da mãe: _____			
17 CEP: _____					
18 UF: _____		19 Município: _____		Código (IBGE): _____	
20 Bairro: _____		21 Logradouro (Rua, Avenida, etc.): _____		22 Nº: _____	
23 Complemento (apto, casa, etc.): _____				24 (DDD) Telefone: _____	
25 Zona: <input type="checkbox"/> 1-Urbana <input type="checkbox"/> 2-Rural <input type="checkbox"/> 3-Perurbana <input type="checkbox"/> 9-Ignorado		26 País: (se residente fora do Brasil) _____			
27 Paciente tem histórico de viagem internacional até 14 dias antes do início dos sintomas? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ign					
28 Se sim: Qual país? _____		29 Em qual local? _____			
30 Data da viagem: _____		31 Data do retorno: _____			
32 É caso proveniente de surto de SG que evoluiu para SRAG? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado					
33 Trata-se de caso nosocomial (infecção adquirida no hospital)? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado					
34 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					
35 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"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Desconforto Respiratório <input type="checkbox"/> Saturação O ₂ <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 _____					
36 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 mellitus <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 _____					
37 Recebeu vacina contra Gripe na última campanha? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado				38 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)					

Dados de Atendimento	39	Usou antiviral para gripe? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	40	Qual antiviral? <input type="checkbox"/> 1- Oseltamivir 2- Zanamivir 3- Outro, especifique: _____	41	Data início do tratamento ____/____/____
	42	Houve internação? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	43	Data da internação por SRAG: ____/____/____	44	UF de internação: ____
	45	Município de internação: _____	Código (IBGE): ____/____/____			
	46	Unidade de Saúde de internação: _____	Código (CNES): ____/____/____			
	47	Internado em UTI? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	48	Data da entrada na UTI: ____/____/____	49	Data da saída da UTI: ____/____/____
	50	Uso de suporte ventilatório: <input type="checkbox"/> 1-Sim, invasivo 2-Sim, não invasivo 3-Não 9-Ignorado	51	Ralo X de Tórax: <input type="checkbox"/> 1-Normal 2-Infiltrado intersticial 3-Consolidação 4-Misto 5-Outro: _____ 6-Não realizado 9-Ignorado	52	Data do Ralo X: ____/____/____
	53	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	54	Data da tomografia: ____/____/____		
	55	Coletou amostra <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	56	Data da coleta: ____/____/____	57	Tipo de amostra: <input type="checkbox"/> 1-Secreção de Naso-orofaringe 2-Lavado Bronco-alveolar 3-Tecido post-mortem 4-Outra, qual? _____ 5-LCR 9-Ignorado
Dados Laboratoriais	58	Nº Requisição do GAL: _____		59	Tipo do teste para pesquisa de antígenos virais: <input type="checkbox"/> 1-Imunofluorescência (IF) 2-Teste rápido antígeno	
	60	Data do resultado da pesquisa de antígenos: ____/____/____		61	Resultado da Teste antígeno: <input type="checkbox"/> 1-positivo 2-Negativo 3-Inconclusivo 4-Não realizado 5-Aguardando resultado 9-Ignorado	
	62	Laboratório que realizou o Teste antígeno: _____		Código (CNES): ____/____/____		
	63	Agente Etiológico - Teste antígeno: 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: _____				
	64	Resultado da RT-PCR/outro método por Biologia Molecular: <input type="checkbox"/> 1-Detectável 2-Não Detectável 3-Inconclusivo 4-Não realizado 5-Aguardando resultado 9-Ignorado		65	Data do resultado RT-PCR/outro método por Biologia Molecular: ____/____/____	
	66	Agente Etiológico - RT-PCR/outro 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: _____				
	67	Laboratório que realizou RT-PCR/outro método por Biologia Molecular: _____		Código (CNES): ____/____/____		
	68	Tipo de amostra sorológica para SARS-CoV-2: <input type="checkbox"/> 1-Sangue/plasma/soro 2-Outra, qual? _____ 9-Ignorado		69	Data da coleta: ____/____/____	
	70	Tipo de Sorologia para SARS-CoV-2: <input type="checkbox"/> 1-Teste rápido 2-Elisa 3-Quimiluminescência 4-Outro, qual? _____		71	Data do resultado: ____/____/____	
	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-Aguardando resultado 9-Ignorado					
Conclusão	72	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		73	Critério de Encerramento: <input type="checkbox"/> 1-Laboratorial 2-Clinico Epidemiológico 3-Clinico 4-Clinico-Imagem	
	74	Evolução do Caso: <input type="checkbox"/> 1-Cura 2-Óbito 3-Óbito por outras Causas 9-Ignorado		75	Data da alta ou óbito: ____/____/____	
76	Data do Encerramento: ____/____/____					
77 Número D.O: ____/____/____						
78 OBSERVAÇÕES: _____						
79 Profissional de Saúde Responsável: _____				80 Registro Conselho/Matrícula: ____/____/____		

C. Ficha de Notificação de Surto - SINAN NET

[illegible]

PLAQUEIA PARA ACOMPANHAMENTO DE SURTO

[illegible]