Protocolo: 678052
Data: 16/12/2020
Título: LAUDA DE 16-12-2020 - RSMS 4623
Página(s): a

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 sincope, 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 RT-PCR para SARS-CoV-2, o isolamento pode ser suspenso.

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.

13. Recomenda-se a não admissão de novos pacientes e suspensão de visitas no setor de internação (enfermaria, UTI) enquanto houver pacientes em isolamento relacionados ao surto.

Referências Bibliográficas

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância Epidemiológica: Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional pela Doença pelo Coronavírus 2019, Vigilância de Síndromes Respiratórias Agudas COVID-19. Brasília, 05 de agosto de 2020.

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

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Nº

e-SUS Notifica – MODELO 25/08/2020

FICHA DE INVESTIGAÇÃO 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.

UF de notificação: |__|__| **Município de Notificação:** _____

IDENTIFICAÇÃO

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

CBO: | **CPF:** __|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__

CNS: __|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__

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 |__|Indígena - Etnia:_____ |__|Ignorado | **Passaporte:** __|__|__|__|__|__|__|__

CEP: __|__|__|__|__ - __|__|__

Estado de residência: |__|__| | **Município de Residência:** _____

Logradouro: | **Número:** | **Bairro:**

Complemento:

Telefone Celular: | **Telefone de contato:**

DADOS CLÍNICOS EPIDEMIOLÓGICOS

Data da Notificação: ___|___|____ | **Data do início dos sintomas:** ___|___|____

Sintomas: (Marcar X)
|__|Assintomático |__| Febre |__|Dor de Garganta |__|Dispneia |__| Tosse |__| Coriza
|__| Dor de Cabeça |__| Distúrbios gustatórios |__| Distúrbios olfativos |__|Outros_____

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
|__| Diabetes |__| Obesidade
|__| Imunossupressão
|__| Gestante
|__| Puérpera (até 45 dias do parto)

Estado do Teste: (Marcar X)
|__|Solicitado
|__|Coletado
|__|Concluído
|__|Exame Não Solicitado

Data da Coleta do Teste:
____|____|____

Tipo de Teste: (Marcar X)
|__|RT – PCR
|__|Teste rápido – anticorpo
|__|Teste rápido – antígeno
|__|Enzimaimunoensaio-ELISA
|__|Eletroquimioluminescência- ECLIA
|__|Quimioluminescência- CLIA

Resultado do teste: (Marcar X)
|__|Negativo
|__|Positivo
|__|Inconclusivo ou Indeterminado

ENCERRAMENTO

Classificação final: (Marcar X)
|__|Descartado
|__|Confirmado Clínico-Epidemiológico
|__|Confirmado Laboratorial
|__|Síndrome Gripal Não Especificada
|__|Confirmado Clínico Imagem
|__|Confirmado Por Critério Clínico

Evolução do caso: (Marcar X)
|__|Cancelado
|__|Ignorado
|__|Em tratamento domiciliar
|__|Internado em UTI
|__|Internado
|__|Óbito
|__|Cura

Data de encerramento: ____|____|_____

Informações complementares e observações

e-SUS Notifica – MODELO DE FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE COVID-19 25/08/2020

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

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- 27/07/2020

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 1ºs sintomas __|__|____

3 UF: __|__

4 Município: _____ Código (IBGE): __|__|__|__|__|__

5 Unidade de Saúde: _____ Código (CNES): __|__|__|__|__|__|__

Dados do Paciente

6 CPF do cidadão: __|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__

7 Nome: _____

8 Sexo: |__| 1-Masc. 2-Fem. 9-Ign

9 Data de nascimento: __|__|____

10 (Ou) Idade: __|__|__ 1-Dia 2-Mês 3-Ano |__|

11 Gestante: |__| 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4-Idade Gestacional Ignorada 5-Não 6-Não se aplica 9-Ignorado

12 Raça/Cor: |__| 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9-Ignorado

13 Se indígena, qual etnia? _____

14 Escolaridade: |__| 0-Sem escolaridade/Analfabeto 1-Fundamental 1º ciclo (1ª a 5ª série) 2-Fundamental 2º ciclo (6ª a 9ª série) 3-Médio (1º ao 3º ano) 4-Superior 5-Não se aplica 9-Ignorado

15 Ocupação: _____

16 Nome da mãe: _____

Dados de residência

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: |__| 1-Urbana 2-Rural 3-Periurbana 9-Ignorado

26 País: (se residente fora do Brasil) _____

Dados Clínicos e Epidemiológicos

27 Paciente tem histórico de viagem internacional até 14 dias antes do início dos sintomas? |_| 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? |__| 1-Sim 2-Não 9-Ignorado

33 Trata-se de caso nosocomial (infecção adquirida no hospital)? |__| 1-Sim 2-Não 9-Ignorado

34 Paciente trabalha ou tem contato direto com aves, suínos, ou outro animal? |__| 1-Sim 2-Não |__| 3- Outro, qual _____ 9-Ignorado

35 Sinais e Sintomas: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado |__| Febre |__| Tosse |__| Dor de Garganta |__| Dispneia |__| Desconforto Respiratório |__| Saturação O_2<95% |__| Diarreia |__| Vômito |__| Dor abdominal |__| Fadiga |__| Perda do olfato |__| Perda do paladar |__| Outros _____

36 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 _____

37 Recebeu vacina contra Gripe na última campanha? |__| 1-Sim 2-Não 9-Ignorado

38 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 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? |__|
1-Sim 2-Não 9-Ignorado

40 Qual antiviral? |__| 1-Oseltamivir
2-Zanamivir 3-Outro, especifique: _____

41 Data início do tratamento
___|___|_____

42 Houve internação? |__|
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? |__|
1-Sim 2-Não 9-Ignorado

48 Data da entrada na UTI:
___|___|_____

49 Data da saída da UTI:
___|___|_____

50 Uso de suporte ventilatório:
|__| 1-Sim, invasivo 2-Sim, não invasivo
3-Não 9-Ignorado

51 Raio X de Tórax: |__|
1-Normal 2-Infiltrado intersticial 3-Consolidação
4-Misto 5-Outro: _____
6-Não realizado 9-Ignorado

52 Data do Raio X:
___|___|_____

53 Aspecto Tomografia |__| 1-Tipico COVID-19 2-Indeterminado COVID-19
3- Atipico COVID-19 4-Negativo para Pneumonia
5-Outro _____ 6-Não realizado 9-Ignorado

54 Data da tomografia:
___|___|_____

55 Coletou amostra |__|
1-Sim 2-Não 9-Ignorado

56 Data da coleta:
___|___|___

57 Tipo de amostra: |__| 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:
|__| 1- Imunofluorescência (IF) 2- Teste rápido antigênico

60 Data do resultado da pesquisa de antígenos:
___|___|___

61 Resultado da Teste antigênico: |__| 1-positivo 2-Negativo
3- Inconclusivo 4-Não realizado 5-Aguardando resultado 9-Ignorado

62 Laboratório que realizou o Teste antigênico: _____ Código (CNES): __|__|__|__|__|__|__

63 Agente Etiológico - Teste antigênico: Positivo para Influenza? |__| 1-Sim 2-Não 9-Ignorado
Se sim, qual influenza? |__| 1- Influenza A 2- Influenza B Positivo para outros vírus? |__| 1-Sim 2-Não 9-Ignorado
Se outros vírus respiratórios qual(is)? (marcar X) |__| SARS-CoV-2 |__| Vírus Sincicial Respiratório |__| Parainfluenza 1
|__| Parainfluenza 2 |__| Parainfluenza 3 |__| Adenovírus |__| Outro vírus respiratório, especifique: _____

64 Resultado da RT- PCR/outro método por Biologia Molecular: |__|
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? |__| 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se sim, qual influenza? |__| 1- Influenza A 2- Influenza B
Influenza A, qual subtipo? |__| 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? |__| 1-Victoria 2-Yamagatha 3-Não realizado 4-Inconclusivo 5-Outro, especifique: _____
Positivo para outros vírus? |__| 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se outros vírus respiratórios, qual(is)? (marcar X)
|__| SARS-CoV-2 |__| Vírus Sincicial Respiratório |__| Parainfluenza 1 |__| Parainfluenza 2 |__| Parainfluenza 3 |__| Parainfluenza 4
|__| Adenovírus |__| Metapneumovírus |__| Bocavírus |__| Rinovírus |__| 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: |__| 1- Sangue/plasma/soro
2-Outra, qual? _____ 9-Ignorado

69 Data da coleta:
___|___|_____

70 Tipo de Sorologia para SARS-Cov-2: |__| 1-Teste rápido 2-Elisa 3- Quimiluminescência
4- Outro, qual? _____
Resultado do Teste Sorológico para SARS-CoV-2: |__| IgG |__| IgM |__| IgA
1-Positivo 2-Negativo 3- Inconclusivo 4-Não realizado 5-Aguarda resultado 9 Ignorado

71 Data do resultado:
___|___|_____

Conclusão

72 Classificação final do caso: |__|
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: |__|
1- Laboratorial 2- Clínico Epidemiológico
3- Clínico 4- Clínico-Imagem

74 Evolução do Caso: |__| 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

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE SURTO

Nº

Dados Gerais

1 Tipo de Notificação — 3 - Surto

2 Agravo/doença — Código (CID10) — 3 Data da Notificação

4 UF — 5 Município de Notificação — Código (IBGE)

6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) — Código — 7 Data dos 1os Sintomas do 1º Caso Suspeito

Notificação de Surto

8 Nº de Casos Suspeitos/ Expostos até a Data da Notificação

9 Local Inicial de Ocorrência do Surto

1 - Residência — 2 - Hospital / Unidade de Saúde — 3 - Creche / Escola
4 - Asilo — 5 - Outras Instituições (alojamento, trabalho) — 6- Restaurante/ Padaria (similares)
7 - Eventos — 8 - Casos Dispersos no Bairro — 9- Casos Dispersos Pelo Município
10 - Casos Dispersos em mais de um Município — 11 - Outros Especificar _____

Dados de Ocorrência

10 UF — 11 **Município de Residência** — **Código (IBGE)** — 12 Distrito

13 Bairro — 14 Logradouro (rua, avenida,...) — Código

15 Número — 16 Complemento (apto., casa, ...) — 17 Geo campo 1

18 Geo campo 2 — 19 Ponto de Referência — 20 CEP

21 (DDD) Telefone — 22 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado — 23 País (se residente fora do Brasil)

Situação Inicial

24 Data da Investigação — 25 Modo Provável da Transmissão
1- Direta (pessoa a pessoa) — 2- Indireta (Veículo comum ou Vetor) — 9- Ignorado

26 Se indireta, qual o veículo de transmissão provável
1- Alimento/Água — 2- Recursos Hídricos Contaminados (poço, rio, resevatório de água) — 3- Vetor
4- Produto (medicamentos, agrotóxicos, imunobiológicos, sangue, etc.) — 5- Fômite (faca, lençóis, agulhas, etc.)
6- Outro Especificar _____ — 9- Ignorado

Observações

Investigador

Município/Unidade de Saúde — Código da Unid. de Saúde

Nome — Função — Assinatura

Surto — Sinan NET — SVS 29/05/2006

PLANILHA PARA ACOMPANHAMENTO DE SURTO

1 Nº da notificação | 2 Data da notificação | 3 Agravo/ Doença | Código (CID10)

4 UF | 5 Município | 6 Unidade de saúde (ou outra fonte notificadora)

Nº do caso	Inicial do caso	UF Residência	Município de residência	Distrito	Bairro	Zona	Sexo	Idade	Data do início dos 1º sintomas	Ocorreu Hospitalização ?	Ocorreu óbito?	Classificação Final	Critério de Confirmação	Diagnóstico final – CID10

7 Delimitação Espacial do Surto

1 - Residência | 2 - Hospital / Unidade de Saúde | 3 - Creche / Escola | 4 - Asilo | 5 - Outras Instituições (alojamento, trabalho) ☐

6- Restaurante/ Padaria (similares) | 7 - Eventos | 8 - Casos Dispersos no Bairro | 9- Casos Dispersos Pelo Município

10 - Casos Dispersos em mais de um Município | 11 - Outros Especificar: _____

Data do Encerramento do Surto: __ __ / __ __ / __ __ __ __

LEGENDA

Zona: 1-urbana 2-rural 3-periurbana 9-ignorado Sexo: M-masculino F-feminino 9-ignorado

Idade: 1-Hora 2-Dia 3-Mês 4-Ano Ocorreu hospitalização: 1-Sim 2-Não 9-ignorado

Ocorreu Óbito: 1-Sim 2-Não 9-ignorado Classificação Final: 1-Confirmado 2-Descartado 3-Inconclusivo

Critério de Confirmação: 1- Laboratorial 2- Clínico-Epidemiológico 3- Clínico