

NOTA TÉCNICA 11- ATUALIZAÇÃO SOBRE CORONAVÍRUS – COVID – 19

Nota atualizada em 08/04/2020

A Portaria nº 454 de 20 de março de 2020 declara, em todo o território nacional, o estado de transmissão comunitária do Coronavírus (COVID-19), sendo um comando do Ministério da Saúde para que todos os gestores nacionais adotem medidas para promover o distanciamento social e evitar aglomerações, conhecidas como medidas não farmacológicas.

DEFINIÇÕES DE CASOS OPERACIONAIS

Transmissão Comunitária: ocorrência de casos autóctones sem vínculo epidemiológico a um caso confirmado, em área definida, **OU** se for identificado um resultado laboratorial positivo sem relação com outros casos na iniciativa privada ou na rotina de vigilância de doenças respiratórias **OU** a transmissão se mantiver por 5 (cinco) ou mais cadeias de transmissão.

Síndrome Gripal (SG): Indivíduo que apresente febre* de início súbito, mesmo que referida, acompanhada de tosse ou dor de garganta ou dificuldade respiratória **E** pelo menos um dos seguintes sintomas: cefaléia, mialgia ou artralgia, na ausência de outro diagnóstico específico.

Crianças com menos de 2 anos de idade, considera-se também como caso de Síndrome Gripal: febre de início súbito (mesmo que referida) e sintomas respiratórios (tosse, coriza e obstrução nasal), na ausência de outro diagnóstico específico.

*febre pode não estar presente em alguns casos excepcionais, como crianças, idosos, imunossuprimidos ou pessoas que utilizaram antitérmicos e, portanto, a avaliação clínica e epidemiológica deve ser levada em consideração.

Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG): Indivíduo de qualquer idade, com Síndrome Gripal (conforme definição anterior) e que apresente dispnéia ou os seguintes sinais de gravidade: saturação de SpO₂ < 95% em ar ambiente; sinais de desconforto respiratório ou aumento da frequência respiratória avaliada de acordo com a idade; piora nas condições clínicas de doença de base; hipotensão; indivíduo de qualquer idade com quadro de insuficiência respiratória.

Em crianças, além dos itens anteriores, observar os batimentos de asa de nariz, cianose, tiragem intercostal, desidratação e inapetência.

A partir deste momento, qualquer indivíduo que apresente quadro de Síndrome Gripal deverá ser considerado como caso suspeito de COVID-19.

ATENDIMENTO NA REDE ASSISTENCIAL

O Centro de Atendimento ao Coronavírus (CEACOR) foi estruturado pela Prefeitura para atender as pessoas com sintomas gripais mais intensos. A COVID-19, na maioria das vezes, se comporta como uma gripe. São sintomas gripais febre, tosse, dores no corpo, dor de garganta e coriza. O objetivo do CEACOR é evitar a lotação dos serviços de urgência e reduzir o risco de contaminação por meio de um atendimento mais ágil.

As Unidades Básicas de Saúde deverão ser a porta de entrada para os casos leves (Síndromes Gripais), já os casos de SRAG deverão ser avaliados no CEACOR e Pronto Atendimento do Jardim Canadá. Casos com indicação de terapia Intensiva, deverão ser referenciados ao Hospital Nossa Senhora de Lourdes, após contato prévio.

NOTIFICAÇÃO

Síndrome Gripal:

Deverá ser feita a **Notificação imediata (até 24 horas)** do caso suspeito ou provável ao setor de Vigilância Epidemiológica:

1. Preenchimento da ficha através do site Notifica Nova Lima no link <https://bit.ly/30DSGOP>
OU
2. Preenchimento de uma via da Ficha de Notificação Individual CID 10 - U07.1- infecção respiratória pelo novo Coronavírus (ANEXO I) que deverá ser imediatamente encaminhada a Vigilância Epidemiológica por email ou ficha física.

Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG):

Deverá ser feita a **notificação imediata** do caso suspeito ou provável ao CIEVS Minas através dos telefones 99744-6983 ou 98835-3120 ou 3916-0442 E ao setor de Vigilância Epidemiológica através dos telefones: 3541-5017 ou 98519-4499 ou 98899-1402 ou 98006-3472 pelo profissional de saúde que prestar o primeiro atendimento ao paciente.

1. Preenchimento da ficha através do site Notifica Nova Lima no link <https://bit.ly/30DSGOP>
2. Preenchimento de **duas vias** da Ficha de Notificação de Síndrome Respiratória Aguda Grave - SRAG hospitalizado (ANEXO II) que deverá ser imediatamente encaminhada a Vigilância Epidemiológica por email ou ficha física e outra a FUNED

OBS: A plataforma RedCap foi desativada pelo Ministério da Saúde. Não será necessário a inclusão de dados na nova plataforma disponível, pois o cadastro será realizado pela Vigilância Epidemiológica Municipal.

Aos finais de semana, a Vigilância Epidemiológica estará de plantão para recebimento dos casos notificados via email (epidenguenl@gmail.com) ou contato telefônico para comunicação dos casos de SRAG ou esclarecimento de dúvidas:

Sábado / Domingo: 98519-4499 - 98899-1402 - 98006-3472 (de 07:00 às 19:00h)

COLETA DE EXAMES LABORATORIAIS

A coleta de swab deverá ser realizada nas seguintes situações:

1. Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG);
2. Todos os profissionais da rede municipal de saúde de Nova Lima que estejam nas linhas de frente do enfrentamento da pandemia;
3. Óbito suspeito de COVID-19, caso não tenha sido coletado anteriormente.

Obs:

Para profissionais de saúde da rede, a coleta de swab deve ser agendada no número 31 98006-2895 e realizada no CEACOR.

Antes de encaminhar ao hospital, os pacientes suspeitos de COVID-19 deverão ser notificados e o swab deverá ser coletado.

INVESTIGAÇÃO DOS CONTATOS E MONITORAMENTO DOS ASSINTOMÁTICOS

Para contenção da transmissibilidade do COVID-19, deverá ser adotado como, medida não farmacológica:

Isolamento domiciliar da pessoa com sintomas respiratórios e das pessoas que residam no mesmo endereço, ainda que estejam assintomáticos, devendo permanecer em isolamento pelo período de:

- **14 (quatorze)** dias a partir do início dos sintomas dos casos sintomáticos;
- **14 (quatorze)** dias a partir da última exposição dos contatos domiciliares assintomáticos.

A medida de isolamento somente poderá ser determinada por prescrição médica, por um prazo de 14 (quatorze) dias, considerando os sintomas respiratórios ou o resultado laboratorial positivo para COVID-19 e será estendido às pessoas que residam no mesmo endereço.

A Resolução SES/MG Nº 7068 delega ao médico, em exercício nos serviços de saúde, públicos ou privados no Estado de Minas Gerais, os poderes de vigilância epidemiológica para determinar as ações de isolamento, quarentena e determinação de realização compulsória de exames médicos, testes laboratoriais e tratamento médicos específicos. Para fiscalização destas medidas, os profissionais de saúde deverão comunicar às autoridades policiais e ao Ministério Público os casos de descumprimento de que tiverem ciência. Para que estas ações sejam possíveis, durante o primeiro atendimento de SG ou SRAG, além da notificação, torna-se necessário, o preenchimento, dos seguintes documentos:

1. Termo de declaração (ANEXO III)
2. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO IV)
3. Notificação de Isolamento (ANEXO V)

Termo de declaração – Atestado Médico

Deverá ser emitido para a pessoa sintomática e para as demais pessoas que residam no mesmo endereço. Durante o atendimento, a pessoa sintomática deverá informar ao profissional médico o nome completo dos contatos domiciliares para que também recebam o atestado médico, sujeitando-se à responsabilização civil e criminal pela omissão de fato ou prestação de informações falsas.

Para fornecer atestado médico, utilize o código CID-10 J11 para Síndrome Gripal e B34.2 para COVID-19.

Para os contatos, os atestados médicos deverão conter o CID 10 - Z20.9 - Contato com exposição a doença transmissível não especificada.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Deverá ser emitido à pessoa com indicação de isolamento domiciliar para determinar a medida de isolamento.

Notificação de Isolamento

Deverá ser emitida a notificação expressa à pessoa com indicação de isolamento domiciliar.

O monitoramento dos casos será realizado pelo profissional de saúde da UBS de referência do paciente, a cada 48hs, monitorando os sintomas, o seguimento da evolução do quadro e a investigação do surgimento de sintomas nos contatos (pode ser por contato telefônico – registrar cada contato em prontuário). A Vigilância Epidemiológica disponibilizará através do Site Notifica Nova Lima a planilha de acompanhamento de casos suspeitos ao Gerente de cada Unidade Básica de Saúde.

ORIENTAÇÕES PARA AFASTAMENTO E RETORNO ÀS ATIVIDADES DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Profissionais contactantes domiciliares assintomáticos de pacientes suspeitos ou confirmados de Síndrome Gripal

- contactante domiciliar: afastamento por 7 dias. Retorna ao trabalho após 7 dias, se permanecer assintomático.
- contactante não domiciliar: sem recomendação de afastamento.

Profissional de serviços essenciais com suspeita de Síndrome Gripal (febre acompanhada de tosse ou dor de garganta ou dificuldade respiratória) deve afastar-se do trabalho imediatamente.

Profissionais de saúde com diagnóstico confirmado de COVID-19 devem ser licenciados pelo menos por 14 dias.

Os profissionais de saúde afastados por Síndrome Gripal só devem voltar ao trabalho se cumprir uma das estratégias abaixo:

1) Estratégia baseada em critério laboratorial

- RT-PCR negativo para COVID-19

2) Estratégia baseada em critério clínico-epidemiológico

- Pelo menos 72 horas (3 dias) após desaparecimento dos sintomas E
- No mínimo 7 dias após o início dos sintomas.

COMUNICAÇÃO DO ÓBITO

A ocorrência do óbito deverá ser comunicada imediatamente ao CIEVS Minas através do telefone 99744-6983 E ao setor de Vigilância Epidemiológica através dos telefones: 3541-5017 ou 98519-4499 / 98006-3472.

PRECAUÇÕES

Deverão ser adotadas precauções de contato, gotícula ou por aerossol, dependendo do procedimento a ser realizado.

- **Recepção dos serviços de saúde:** uso de máscara cirúrgica e freqüente higienização das mãos.
- **Profissionais de saúde responsáveis pelo atendimento de casos suspeitos ou confirmados:** máscara cirúrgica, luvas, capote descartável, gorro e óculos de proteção / protetor facial. Procedimentos com geração de aerossóis (aspiração nasofaríngea, intubação traqueal, nebulização, broncoscopia, etc.) utilizar N95 ou similar (PFF2).
- **Dentistas:** máscara cirúrgica, luvas, capote descartável, gorro e óculos de proteção / protetor facial. Procedimentos com geração de aerossóis - utilizar máscara N95 ou similar (PFF2).
- **Paciente e o acompanhante:** deverão receber máscara cirúrgica.

Luvas e capotes deverão ser descartados ao final de cada atendimento. Os óculos deverão ser devidamente higienizados para serem utilizados posteriormente (limpeza com água e sabão e desinfecção com álcool a 70%). A máscara cirúrgica deverá ser descartada na presença de umidade, devendo a mesma ser trocada por diminuir sua filtragem bacteriológica.

O descarte da máscara N95 ou similar (PFF2) deverá ocorrer em caso de mau funcionamento, umidade ou sujidade visível (não guardar mais de uma máscara em cada saco e cada profissional deverá utilizar exclusivamente sua máscara). Antes de tocar ou ajustar a máscara, lave as mãos com água e sabão ou álcool. Evite tocar a parte interna da máscara. Use luvas de procedimento quando vestir a N95 ou similar (PFF2) reutilizada e descarte as luvas assim que a máscara estiver ajustada.

A micronebulização pode produzir aerossol e deve ser evitada. Recomenda-se inalação com beta-adrenérgicos com dose fracionada e uso de espaçador.

ROTINA DE NOTIFICAÇÃO NOS SERVIÇO DE SAÚDE

Síndrome Gripal

- Notificar por meio da nova ficha de notificação individual de Síndrome Gripal CID-10- U07.1 – infecção pelo novo Coronavírus ou no site “notifica Nova Lima” - <https://bit.ly/30DSGOP>

SRAG (Síndrome Respiratória Aguda Grave)

- Comunicação imediata à Vigilância Epidemiológica Municipal através dos telefones: 35415017, 98519-4499, 98899-1402, 98006-3472 de 7:00h às 19:00h;
- Comunicação do caso ao CIEVS Minas pelos telefones 99744-6983 ou 98835-3120 ou 3916-0442 (24h)
- Notificar por meio da ficha de notificação de Síndrome Respiratória Aguda Grave no site “Notifica Nova Lima” - <https://bit.ly/30DSGOP>
- Imprimir uma cópia para a FUNED
- Proceder a coleta de swab para pesquisa de COVID-19 com pedido médico e cópia da notificação completa – importante ser a mais completa possível

ANEXO I – Ficha de Notificação Individual CID 10 - U07. 1- infecção respiratória pelo novo Coronavírus – Síndrome Gripal

SÍNDROME GRIPAL / COVID-19 (SEM SINAIS DE GRAVIDADE)		CID – U07.1
FEBRE, ASSOCIADA A TOSSE OU DOR DE GARGANTA INICIADA NOS ÚLTIMOS 7 DIAS		
DADOS DA UNIDADE DE SAÚDE, DO INDIVÍDUO E DE SUA RESIDÊNCIA		
1. Data do preenchimento		2. UF
3. Município de registro do caso		Código (IBGE)
4. Unidade de Saúde de identificação do caso (hospital, PS, UPA, policlínica)		Código (CNES)
5. Data dos Primeiros Sintomas		
6. Nome		7. Número do Cartão SUS
8. Data de Nascimento	9. (ou) Idade	10. Sexo
11. Gestante		
12. Raça/Cor		13. Escolaridade
14. Nome da Mãe		
15. UF		16. Município de Residência
Código (IBGE)		17. Distrito
18. Bairro		19. Logradouro (rua, avenida,...)
20. Número		21. Complemento (edifício, apartamento, casa, ...)
22. Ponto de Referência		23. CEP
24. (DDD) Telefone		25. Zona
26. País (se residente fora do Brasil)		
ANTECEDENTES E HISTÓRICO		
27. Recebeu Vacina contra Gripe nos últimos 12 meses?		28. Se sim, data da última dose
29. Principais sinais e sintomas		
30. Fatores de Risco		
31. Uso de antiviral?		32. Data de início do tratamento
33. Raio X de Tórax		Data do Raio X
34. Diagnóstico Etiológico		
35. Metodologia do diagnóstico etiológico		
DADOS DO RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO (PARA CONTROLE LOCAL)		
UF	Município	Nome da Unidade
Nome		Código da Unidade de Saúde
Função		Assinatura

ANEXO II – Ficha de Notificação de Síndrome respiratória Aguda Grave - SRAG hospitalizado

 MINISTÉRIO DA SAÚDE SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE		Nº _____ SIVEP Gripe SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DA GRIPE		
FICHA DE REGISTRO INDIVIDUAL - CASOS DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE HOSPITALIZADO				
CASO DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE (SRAG-HOSPITALIZADO): Indivíduo hospitalizado com febre, mesmo que referida, acompanhada de tosse ou dor de garganta e que apresente dispnéia ou saturação de O ₂ < 95% ou desconforto respiratório ou que evoluiu para óbito por SRAG independente de internação.				
1	Data do preenchimento da ficha de notificação:	2	Data de 1 ^{os} sintomas da SRAG:	
3	UF: _____	4	Município: _____ Código (IBGE): _____	
5	Unidade de Saúde: _____	Código (CNES): _____		
Dados do Paciente	6	CPF do cidadão: _____		
	7	Nome: _____	8	Sexo: <input type="checkbox"/> 1- Masc. 2- Fem. 9- gn
	9	Data de nascimento: _____	10	(ou) Idade: _____ 1-Dia 2-Mês 3-Ano _____
	12	Raça/Cor: <input type="checkbox"/> 1-branca 2-freta 3-amarela 4-perda 5-indígena 9-ignorado	11	Gestante: <input type="checkbox"/> 1-1 ^o Trimestre 2-2 ^o Trimestre 3-3 ^o Trimestre 4-Idade Gestacional ignorada 5-Não 6-Não se aplica 9-ignorado
	13	Se indígena, qual etnia? _____	14	Escolaridade: <input type="checkbox"/> 0-Sem escolaridade/Analfabeto 1-Fundamental 1 ^o ciclo (1 ^a a 5 ^a série) 2-Fundamental 2 ^o ciclo (6 ^a a 9 ^a série) 3-Médio (1 ^o ao 3 ^o ano) 4 Superior 5-Não se aplica 9-ignorado
15	Nome da mãe: _____			
Dados de residência	16	CEP: _____		
	17	UF: _____	18	Município: _____ Código (IBGE): _____
	19	Bairro: _____	20	Logradouro (Rua, Avenida, etc.): _____
	21	Nº: _____		
	22	Complemento (apto, casa, etc.): _____	23	(DDD) Telefone: _____
24	Zona: <input type="checkbox"/> 1-Urbana 2-Rural 3-Ferroviana 9-ignorado	25	País: (se residente fora do Brasil) _____	
Dados Clínicos e Epidemiológicos	26	Paciente tem histórico de viagem internacional até 14 dias antes do início dos sintomas? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-ign		
	27	Se sim: Qual país? _____	28	Em qual local? _____
	29	Data da viagem: _____	30	Data do retorno: _____
	31	É caso proveniente de surto de SG que evoluiu para SRAG? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-ignorado		
	32	Trata-se de caso nosocomial (infecção adquirida no hospital)? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-ignorado		
	33	Paciente trabalha ou tem contato direto com aves ou suínos? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-ignorado		
	34	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"/> Outros _____		
	35	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 _____		
	36	Recebeu vacina contra Gripe na última campanha? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-ignorado	37	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 1 ^a dose: _____ (1 ^a dose para crianças vacineadas pela primeira vez) Data da 2 ^a dose: _____ (2 ^a dose para crianças vacinadas pela primeira vez)				

Dados de Atendimento	38	Usou antiviral para gripe? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	39	Qual antiviral? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-Osetamivir 2-Zanamivir 3-Outro, especifique: _____	40	Data início do tratamento ____ ____ ____
	41	Houve internação? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	42	Data da internação por SRAG: ____ ____ ____	43	UF de internação: ____
	44	Município de internação: _____	Código (IBGE): ____ ____ ____ ____			
	45	Unidade de Saúde de internação: _____	Código (CNES): ____ ____ ____ ____			
	46	Internado em UTI? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	47	Data da entrada na UTI: ____ ____ ____	48	Data da saída da UTI: ____ ____ ____
	49	Uso de suporte ventilatório: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-Sim, invasivo 2-Sim, não invasivo 3-Não 9-Ignorado	50	Raio X de Tórax: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-Normal 2-Infiltrado intersticial 3-Consolidação 4-Misto 5-Outro: _____ 6-Não realizado 9-Ignorado	51	Data do Raio X: ____ ____ ____
	52	Coletou amostra? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	53	Data da coleta: ____ ____ ____	54	Tipo de amostra: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-Secreção de Naso-orofaringe 2-Lavado Brônco-alveolar 3-Tecido post-mortem 4-Outra, qual? _____ 9-Ignorado
Dados Laboratoriais	55	Nº Requisição do GAL: _____				
	56	Resultado da IF/outro método que não seja Biologia Molecular: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-Positivo 2-Negativo 3-Inconclusivo 4-Não realizado 5-Aguardando resultado 9-Ignorado	57	Data do resultado da IF/outro método que não seja Biologia Molecular: ____ ____ ____		
	58 Agente Etiológico – IF/outro método que não seja Biologia Molecular: Positivo para Influenza? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se sim, qual influenza? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-Influenza A 2-Influenza B Positivo para outros vírus? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se outros vírus respiratórios qual(is)? (marcar X) <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: _____					
	59	Laboratório que realizou IF/outro método que não seja Biologia Molecular: _____	Código (CNES): ____ ____ ____ ____			
	60	Resultado da RT-PCR/outro método por Biologia Molecular: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-Detectável 2-Não Detectável 3-Inconclusivo 4-Não realizado 5-Aguardando resultado 9-Ignorado	61	Data do resultado RT-PCR/outro método por Biologia Molecular: ____ ____ ____		
	62 Agente Etiológico – RT-PCR/outro método por Biologia Molecular: Positivo para Influenza? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se sim, qual influenza? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-Influenza A 2-Influenza B Influenza A, qual subtipo? <input type="checkbox"/> <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"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-Victoria 2-Yamagata 3-Não realizado 4-Inconclusivo 5-Outro, especifique: _____ Positivo para outros vírus? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se outros vírus respiratórios, qual(is)? (marcar X) <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: _____					
63	Laboratório que realizou RT-PCR/outro método por Biologia Molecular: _____	Código (CNES): ____ ____ ____ ____				
Conclusão	64	Classificação final do caso: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-SRAG por influenza 2-SRAG por outro vírus respiratório 3-SRAG por outro agente etiológico, qual _____ 4-SRAG não especificado			65	Critério de Encerramento: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-Laboratorial 2-Vínculo-Epidemiológico 3-Clinico
	66	Evolução do Caso: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-Cura 2-Óbito 9-Ignorado	67	Data da alta ou óbito: ____ ____ ____	68	Data do Encerramento: ____ ____ ____
69 OBSERVAÇÕES: _____ _____						
70	Profissional de Saúde Responsável: _____				71	Registro Conselho/Matrícula: ____ ____ ____ ____

ANEXO III – Termo de declaração- comprometimento do isolamento domiciliar e a relação das pessoas que residam.

Termo de declaração

Eu, _____, RG nº _____, CPF nº _____, residente e domiciliado na _____
Bairro _____, CEP _____, na cidade de _____, Estado _____, declaro que fui devidamente informado(a) pelo médico(a) Dr.(a) _____ sobre a necessidade de isolamento a que devo ser submetido(a), bem como as pessoas que residem no mesmo endereço ou dos trabalhadores domésticos que exercem atividades no âmbito residencial, com data de início ____/____/____, previsão de término ____/____/____, local de cumprimento da medida _____.

Nome das pessoas que residem no mesmo endereço que deverão cumprir medida de isolamento domiciliar:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____

Assinatura da pessoa sintomática: _____

Assinatura do Médico responsável: _____

Data: ____/____/____ Hora: ____: ____

ANEXO IV – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, _____, RG nº _____, CPF nº _____ declaro que fui devidamente informado(a) pelo médico(a) Dr.(a) _____ sobre a necessidade de _____ (isolamento ou quarentena) a que devo ser submetido, com data de início ____/____/____, previsão de término ____/____/____, local de cumprimento da medida _____, bem como as possíveis consequências da sua não realização.

Nome: _____ Grau de Parentesco: _____

Assinatura: _____ Identidade Nº: _____

Data: ____/____/____ Hora: ____: ____

Expliquei o funcionamento da medida de saúde pública a que o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente e/ou seu responsável, sobre riscos do não atendimento da medida, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado. Deverão ser seguidas as seguintes orientações:

Nome do médico: _____

Assinatura _____ CRM _____

ANEXO V – notificação de isolamento

Notificação de Isolamento

O(A) Senhor(a) está sendo notificado sobre a necessidade de adoção de medida sanitária de isolamento. Essa medida é necessária, pois visa prevenir a dispersão do vírus Covid-19.

Data de início: ____/____/____

Previsão de término: ____/____/____

Fundamentação: _____

Local de cumprimento da medida (domicílio): _____

Local: _____ Data: ____/____/____ Hora: ____: ____

Nome do profissional: _____

Assinatura _____ Matrícula: _____

Eu, _____, documento de identidade ou passaporte _____ declaro que fui devidamente informado(a) pelo Profissional de Saúde acima identificado sobre a necessidade de isolamento a que devo ser submetido, bem como as possíveis consequências da sua não realização.

Local: _____ Data: ____/____/____ Hora: ____: ____

Assinatura da pessoa notificada: _____ Ou Nome e assinatura do responsável legal: _____

ANEXO VI – Orientações sobre o isolamento domiciliar

- Permanecer em casa até a resolução completa dos sintomas e por pelo menos 14 dias ou até que se tenha resultado dos exames.
- Procurar assistência médica caso apresente piora dos sintomas.
- Não frequentar a escola, local de trabalho ou locais públicos e só sair de casa em situações de emergência durante o isolamento (utilizar máscara descartável para isso).
- Manter-se isolado em ambiente privativo com ventilação natural. Caso não seja possível, manter distância de pelo menos 1 metro das demais pessoas da residência.
- Evitar circular nos ambientes compartilhados (ex.: cozinha, banheiro) e mantê-los bem ventilados (manter as janelas abertas).
- Limitar o número de cuidadores e não receber visitas.
- Realizar a higiene das mãos com água e sabão ou álcool a 70% com frequência (utilizar, preferencialmente, toalhas de papel descartáveis para secar as mãos; caso não seja possível, usar toalhas de pano e trocar quando ficarem molhadas).
- A máscara do paciente ou do cuidador/acompanhante deve estar bem ajustada ao rosto enquanto estiverem no mesmo ambiente. As máscaras não devem ser tocadas ou manuseadas durante o uso; trocá-la se úmida ou suja com secreções e higienizar as mãos em seguida.
- Etiqueta respiratória deve ser praticada por todos da residência: cobrir a boca e o nariz durante a tosse e espirros ou usar lenços de papel ou cotovelo flexionado, seguido de higiene das mãos. Descartar o lenço de papel imediatamente após o uso.
- Não compartilhar escovas de dentes, talheres, pratos, bebidas, alimentos, toalhas ou roupas de cama. Talheres e pratos devem ser limpos com água e sabão ou detergente comum após o uso e podem ser reutilizados.
- Limpar e desinfetar as superfícies frequentemente tocadas, como mesas, cabeceiras de camas e outros móveis do quarto do paciente, diariamente com desinfetante doméstico comum. Limpar e desinfetar as superfícies do banheiro pelo menos uma vez ao dia com desinfetante doméstico comum. Roupas limpas e sujas, roupas de cama, toalhas de banho e de mão do paciente devem ser lavadas com água e sabão comum. Evitar agitar a roupa suja. Não há necessidade de lavar estes itens separadamente.

Referências

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE, **PROTOCOLO CORONAVÍRUS 2019-nCoV (Novo Coronavírus), 2º versão, 2020.**

Ministério da Saúde, **Protocolo de Tratamento do Novo Coronavírus (2019-nCoV), 2020.**

Fundação Ezequiel Dias, **Manual de coleta, armazenamento e transporte de material biológico para exames laboratoriais, 2018.**

Atualização Técnica ao Protocolo de Infecção Humana pelo SARS-COV-2 N° 01/2020 – 20/03/2020. **Definições de casos operacionais e fluxos de testagem laboratorial e notificação dos casos** - CENTRO DE OPERAÇÕES DE EMERGÊNCIA EM SAÚDE – COES MINAS COVID-19.

Atualização Técnica ao Protocolo de Infecção Humana pelo SARS-COV-2 N° 03/2020 – Medidas de Prevenção e Uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) Nota Técnica nº 5/SES/SUBPAS-SAPS-DPAPS-CEAPS/2020 - **Orientações aos profissionais das equipes de Atenção Primária à Saúde sobre o coronavírus 2019-nCoV.**

Ministério da Saúde, **Protocolo de Manejo Clínico do novo Coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária a Saúde – Versão 6.** Março 2020. Disponível em: https://egestorab.saude.gov.br/image/?file=20200327_N_01ProtocoloManejoVer0620200327I_4_724439690741830970.pdf

Portaria nº 454 de 20 de Março de 2020.