

## ***NOTA TÉCNICA Nº. 04/2020 - CIEVS/GEDAT/DVE/SVS***

Goiânia, 03 de abril de 2020

**ASSUNTO: ATUALIZAÇÃO QUANTO AS ORIENTAÇÕES PARA INFECÇÃO HUMANA PELO CORONAVIRUS (COVID-2019)**

### **1. ASPECTOS GERAIS**

Diante da situação epidemiológica atual, na qual o Ministério da Saúde declarou transmissão comunitária em âmbito nacional, faz-se necessário atualização e normatização de novas condutas a serem implementadas do ponto de vista epidemiológico e laboratorial para atender a ocorrência de casos suspeitos, prováveis e confirmados.

Do ponto de vista de vigilância do coronavírus (SARS-CoV-2), o Ministério da Saúde define estratégias para evitar casos graves e óbitos, adotando então a notificação e identificação da doença nos casos internados que atendem a definição Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), incorporando o que já é realizado para a influenza.

Assim, a presente nota apresenta as novas ações a serem implementadas mediante a definição de casos suspeitos.

### **2. DEFINIÇÃO DE CASO SUSPEITO OPERACIONAIS**

#### **DEFINIÇÃO 1:**

**SÍNDROME GRIPAL (SG):** indivíduo com quadro respiratório agudo, caracterizado por sensação febril ou febre, mesmo que relatada, acompanhada de tosse OU dor de garganta OU coriza OU dificuldade respiratória.

- EM CRIANÇAS (MENOS DE 2 ANOS DE IDADE): considera-se também obstrução nasal, na ausência de outro diagnóstico específico;
- EM IDOSOS: a febre pode estar ausente. Deve-se considerar também critérios específicos de agravamento como síncope, confusão mental, sonolência excessiva, irritabilidade e inapetência.

#### **DEFINIÇÃO 2:**

**SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE (SRAG):** Síndrome Gripal (SG) que apresente: dispneia/desconforto respiratório OU Pressão persistente no tórax OU saturação de O<sub>2</sub> menor que 95% em ar ambiente OU coloração azulada dos lábios ou rosto.

- EM CRIANÇAS: além dos itens anteriores, observar os batimentos de asa de nariz, cianose, tiragem intercostal, desidratação e inapetência.

### 3. DEFINIÇÕES E OBSERVAÇÕES

#### **FEBRE:**

- Considera-se febre temperatura acima de 37,8°C;
- Alerta-se que a febre pode não estar presente em alguns casos, como por exemplo: em pacientes jovens, idosos, imunossuprimidos ou que em algumas situações possam ter utilizado medicamento antitérmico. Nessas situações, a avaliação clínica deve ser levada em consideração e a decisão deve ser registrada na ficha de notificação;
- Considerar a febre relatada pelo paciente, mesmo não mensurada.

### 4. CASO CONFIRMADO DE DOENÇA PELO CORONAVÍRUS 2019 (COVID-19)

#### **POR CRITÉRIO LABORATORIAL:** caso suspeito de SG ou SRAG com teste:

- Biologia molecular (RT-PCR em tempo real, detecção do vírus SARS-CoV2): com resultado detectável para SARS-CoV2. Amostra clínica coletada, preferencialmente até o sétimo dia de início de sintomas;
- Imunológico (teste rápido ou sorologia clássica para detecção de anticorpos para o SARS-CoV2): com resultado positivo para anticorpos IgM e/ou IgG. Em amostra coletada após o sétimo dia de início dos sintomas.

#### **POR CRITÉRIO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO:** caso suspeito de SG ou SRAG com:

- Histórico de contato próximo ou domiciliar, nos últimos sete dias antes do aparecimento dos sintomas, com caso confirmado laboratorialmente para SARS-CoV2 e para o qual não foi possível realizar a investigação laboratorial específica.

### 5. CASO DESCARTADO DE DOENÇA PELO CORONAVÍRUS 2019 (COVID-19)

Caso suspeito de SG ou SRAG com resultado laboratorial negativo para CORONAVÍRUS (SARS-COV-2 não detectável pelo método de RT-PCR em tempo real), considerando a oportunidade da coleta OU confirmação laboratorial para outro agente etiológico.

## 6. NOTIFICAÇÃO

Casos de **SG** suspeitos de infecção por COVID-19 devem ser notificados por meio do sistema e-SUS VE por meio do link: <https://notifica.saude.gov.br/login>, **NÃO** sendo necessário o envio da notificação por e-mail.

Os casos de **SRAG hospitalizados e óbitos** devem ser notificados na FICHA DE REGISTRO INDIVIDUAL - CASOS DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE HOSPITALIZADO do SIVEP-Gripe, última versão do dia 31/03/2020 (Anexo 01). As fichas dos **CASOS COM SRAG** devem ser **encaminhadas em PDF de forma IMEDIATA ao CIEVS Goiânia** via e-mail: [cievsgoiania@gmail.com](mailto:cievsgoiania@gmail.com).

A notificação deve ser feita por qualquer profissional de saúde ou instituição de saúde, como: Hospitais, Consultórios médicos particulares, Clínicas, Laboratórios, profissionais de saúde autônomos (inclusive médicos), entre outros. Esclarecemos, também, que a notificação é para todos os casos suspeitos, e não só os confirmados.

Os laboratórios, que executam os exames específicos de diagnóstico para COVID-19 também deverão fazer as notificações de todos os casos com coleta de amostra para doença pelo link: <https://notifica.saude.gov.br/login>.

Os laboratórios também deverão enviar os resultados reagentes (detectáveis) e não reagentes (não detectáveis) destes pacientes para o CIEVS Goiânia. O envio desses resultados pode ser realizado por meio do e-mail: [cievsgoiania@gmail.com](mailto:cievsgoiania@gmail.com). Informamos que toda a caracterização de sigilo e confiabilidade das informações repassadas serão seguidas pelos agentes de vigilância epidemiológica.

## 11. DIAGNÓSTICO LABORATORIAL

### 11.1 Coleta de pacientes com SRAG

Atualmente a recomendação é a realização de coleta de amostras clínicas de pacientes que atendam alguma das situações elegíveis para caso suspeito, que apresentem Síndrome Respiratória Aguda Grave - **SRAG**, conforme definição acima.

As coletas deverão ser realizadas em todas as unidades de atendimento 24 horas sediadas no município de Goiânia, bem como nos hospitais habilitados para realização de coleta de amostras para **SRAG**.

Os hospitais conveniados e privados deverão encaminhar a notificação via e-mail, e adicionalmente solicitar a coleta de amostra clínica para o CIEVS Goiânia, através dos contatos (62)3524-

3389 e 3524-3381 - Dias úteis das 7 às 19 horas. **Plantão CIEVS:** 99240-8185 - Período noturno, finais de semana e feriados.

**ATENÇÃO:** Pacientes que apresentem sinais de gravidade devem ser regulados via [encaminhamento de urgência](#) para hospital de referência municipal.

**IMPORTANTE:** Garantir a coleta de amostras clínicas de TODOS os casos com SRAG, preferencialmente antes de encaminhar para o hospital. Em hipótese alguma casos suspeitos de COVID 19 deverão ser referenciados para o Serviço de Verificação de Óbito. Caso a coleta de material biológico não tenha sido realizada em vida, deve-se proceder a coleta *post-mortem* no serviço de saúde, por meio de *swab* na cavidade nasal e de orofaringe, até duas horas após a ocorrência do óbito.

## 11.2 Técnica realizada pelo LACEN- GO

A técnica de diagnóstico preconizada pela Organização Mundial da Saúde para identificação laboratorial do SARS-CoV-2 é o RT-PCR (Reação em Cadeia mediada da Polimerase em Tempo Real) a partir de amostras do trato respiratório.

## 11.3 Tipo de amostra

Orienta-se a coleta de *swabs* combinado (nasal/oral) (*swab* de rayon, três por tubo, mesmo *swab* utilizado nas suspeitas de influenza/SRAG), coletados preferencialmente até o 3º (terceiro) dia e eventualmente poderá ser realizada até o 7º (sétimo) dia, após o início dos sintomas.

## 11.4 Técnica recomendada para a coleta de amostras *swab* combinado (nasofaringe e orofaringe)

Na técnica para coleta de *swabs* combinados de nasofaringe e orofaringe, deve ser utilizado exclusivamente *swab* de rayon (fornecido no kit de coleta pelo LACEN-GO), seguindo as orientações:

- Para a coleta de orofaringe, inserir o *swab* na porção superior da faringe (após a úvula) e realizar movimentos circulares para obter células da mucosa, evitando tocar em qualquer parte da boca;
- Proceder a coleta de nasofaringe com os outros dois *swabs* que serão inseridos em cada narina, até atingir a região posterior do meato nasal, realizando movimentos circulares;
- Os três *swabs* devem ser colocados no mesmo frasco contendo meio de transporte viral e as hastas excedentes retiradas.

## 11.5 Biossegurança

Observar as normas de biossegurança estabelecidas para manejo de casos suspeitos relacionados a este novo agente (uso de gorro descartável, óculos de proteção, máscara do tipo N95 / FFP2, avental

de mangas compridas e luva de procedimento), segundo recomendações do boletim COE N° 02 | Fev. 2020.

## 11.6 Cadastro e preenchimento do GAL

**Serviços públicos de saúde** que solicitarem a coleta de amostras deverão realizar o cadastro diretamente no GAL (Gerenciador de Ambiente Laboratorial).

**Serviços conveniados/privados de saúde** que solicitarem a coleta de amostras para o CIEVS, deverão preencher a ficha FÍSICA do GAL, em uma via (ANEXO 2).

No processo de cadastro no GAL, preencher nos campos: - Finalidade: Investigação / Descrição: COVID-19 / Agravado/doença: COVID-19 / Amostra: *snab* naso-orofaríngeo, Única, MTV – em Meio de transporte Viral / Nova pesquisa: PCR - COVID-19 e PCR- Influenza

**Dados da solicitação**

Data da solicitação:	Finalidade:	Descrição:
<input type="text"/>	Investigação	COVID-19

Agravado/Doença:  
COVID-19

**Amostras**

Nova amostra:	Swab naso-orofaríngeo	Localização	U	MTV - Em Meio de Tra
---------------	-----------------------	-------------	---	----------------------

**Pesquisas/Exames**

Nova pesquisa: PCR - COVID-19

**Pesquisas/Exames**

Nova pesquisa: PCR - Influenza

## 11.4 Resultados

### Unidades públicas com acesso ao GAL:

O resultado do exame poderá ser acessado pela unidade que realizou a coleta, através do acesso ao GAL. A unidade se responsabilizará pela entrega do resultado ao paciente suspeito, que pode ser realizada por meios eletrônicos como e-mail ou via WhatsApp.

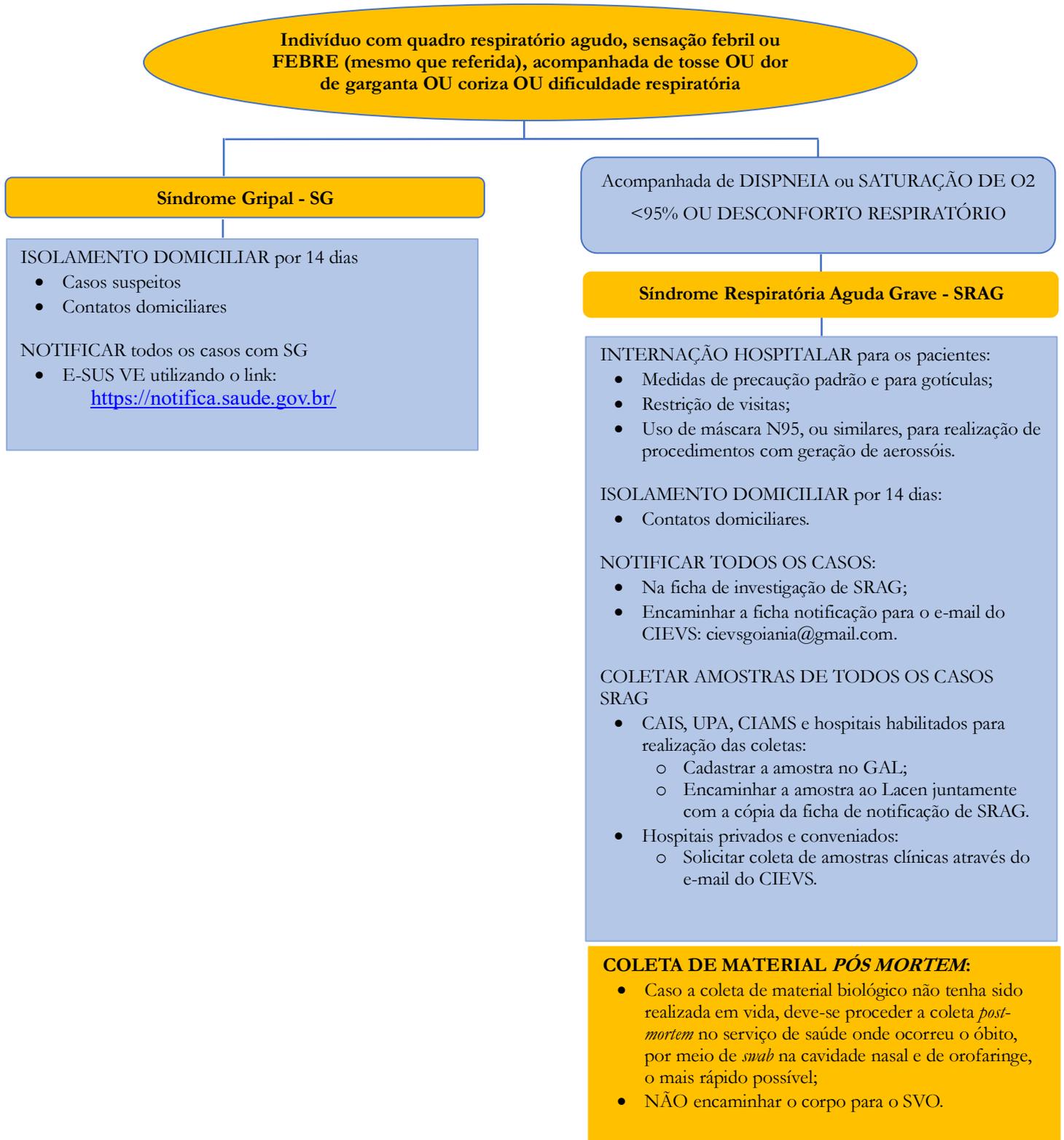
### Unidades privadas sem acesso ao GAL:

No caso de exames coletados pela equipe CIEVS, a mesma encaminhará o resultado a unidade de saúde solicitante, mediante solicitação via e-mail ([cievsgoiania@gmail.com](mailto:cievsgoiania@gmail.com)), para que o próprio hospital encaminhe o resultado do paciente.

### 11.5 Observações importantes

- As amostras devem ser corretamente identificadas com nome completo, data de nascimento e data da coleta e acompanhadas da ficha de notificação de SRAG corretamente preenchidas.
- As amostras devem ser encaminhadas ao Lacen -GO em um prazo máximo de 48 horas após a coleta;
- As amostras devem estar acondicionadas a temperatura de 2° a 8°C até /durante o envio ao Lacen - GO.
- O atendimento, no Lacen-GO, para o recebimento de amostras e dispensação de Kits é realizado em dias úteis no período de 07:00 às 16:00 h. Aos finais de semana, ponto facultativo e feriados uma equipe técnica em sistema de plantão está destinada ao recebimento de amostras no período de 08:00 às 16:00h.

**Figura 1:** Fluxo de notificação, medidas de prevenção e indicação de exames diagnósticos para suspeitos de COVID-19 da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia, Goiás.



## 12. EMISSÃO DA DECLARAÇÃO DE ÓBITO

Em consonância com recomendações nacionais descritas no Guia de Manejo de Corpos no Contexto do Novo Coronavírus COVID-19, versão 1, publicada em 25/03/2020 pelo Ministério da Saúde (disponível em: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/marco/25/manejo-corpos-coronavirus-versao1-25mar20-rev5.pdf>) e padronizações do Serviço de Verificação do Óbito de Goiânia, recomenda-se as ações abaixo descritas, até que se tenham publicações de novas evidências.

### 1) OCORRÊNCIA HOSPITALAR E EM UNIDADES DE SAÚDE:

- Recomenda-se que os serviços de saúde públicos e privados NÃO enviem casos suspeitos ou confirmados de COVID-19 para o Serviço de Verificação de Óbito (SVO).
- Caso não
- Óbitos com confirmação laboratorial de COVID-19:
  - Notificação ao sistema de vigilância local;
  - Emissão de DO pelo médico assistente / plantonista:
    - Constar COVID-19 como causa básica (Infecção por coronavírus de localização não especificada da CID-10);
    - Acrescentar causas de óbito intermediárias e terminal se houver: Ex: Síndrome Respiratória Aguda Grave ou demais causas que contribuíram diretamente para a morte.
    - Acrescentar causas associadas ou comorbidades, se houver: doenças prévias que contribuíram mas não entram diretamente na cadeia de óbito. Ex: Hipertensão Arterial Sistêmica/ Diabetes Mellitus/ Miocardiopatia isquêmica / Doença Pulmonar obstrutiva crônica etc;
    - Diante da situação de pandemia, sugere-se descrever no campo 59 da DO as seguintes observações: Óbito durante pandemia COVID-19. Ausência de sinais de morte violenta, suspeita ou traumática.

Exemplos de descrições das causas de óbito:



VI CAUSAS DA MORTE		ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA		TEMPO ESPERADO DESDE O INÍCIO DA DOENÇA ATÉ O ÓBITO	CID
VI Condições e causas de morte	<b>PARTE I</b> Doença ou estado morboso que causou diretamente a morte	a	<b>Choque séptico</b>	1 dia	
	<b>CAUSAS ANTECEDENTES</b> Estados morbosos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica	b	<b>Pneumonia Bacteriana Secundária</b>	2 dias	
		c	<b>Síndrome e Respiratória Aguda Grave</b>	5 dias	
		d	<b>COVID-19</b>	10 dias	
<b>PARTE II</b> Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não estejam, porém, na cadeia acima		<b>Hipertensão Arterial Sistêmica</b>	10 anos		
		<b>Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica</b>	5 anos		
VI Condições e causas de morte	<b>PARTE I</b> Doença ou estado morboso que causou diretamente a morte	a	<b>Síndrome e Respiratória Aguda Grave</b>	5 dias	
	<b>CAUSAS ANTECEDENTES</b> Estados morbosos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica	b	<b>COVID-19</b>	10 dias	
		c	-----		
		d	-----		
<b>PARTE II</b> Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não estejam, porém, na cadeia acima		<b>Miocardiópatia isquêmica</b>	10 anos		
		-----			

### Óbitos suspeitos de COVID-19 sem confirmação laboratorial:

#### - Colheita de material biológico NÃO foi realizada em vida:

- Proceder a coleta *post-mortem* no serviço de saúde, por meio de *swab* em nasofaringe e orofaringe, para posterior investigação pela equipe de vigilância local.
- Notificação ao sistema de vigilância local;
- Emissão de DO pelo médico assistente / plantonista: vide orientações abaixo.

#### - Colheita de material biológico foi realizada em vida, porém ainda sem resultado:

- Notificação ao sistema de vigilância local;
- Emissão de DO pelo médico assistente / plantonista: vide orientações abaixo.

#### - Emissão da DO:

- - Constar SUSPEITA DE COVID-19 como causa básica;
- - Acrescentar causais intermediárias e terminal se houver: Ex: Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) ou demais causas que contribuíram diretamente para a morte.
- - Acrescentar causas associadas / comorbidades: doenças prévias que contribuíram mas não entram diretamente na cadeia de óbito. Ex: Hipertensão Arterial Sistêmica/ Diabetes Mellitus/ Miocardiópatia isquêmica / Doença Pulmonar obstrutiva crônica etc;
- - Diante da situação de pandemia, sugere-se descrever no campo 59 da DO as seguintes observações: Óbito durante pandemia COVID-19. Ausência de sinais de morte violenta, suspeita ou traumática.

Exemplos de preenchimento das causas de óbito:

VI Comunicação e notificação de morte	CAUSAS DA MORTE PARTE I Diagnóstico ou estado clínico que ocorreu imediatamente antes da morte.	<b>Suspeita de COVID-19</b>		CD
	CAUSAS ANTERIORES Evidências médicas, de exames, que produziram o estado clínico registrado, mencionando-se em outras folhas o estado clínico.	<b>Aguarda exames complementares</b>		
	PARTE II Causas cirúrgicas significativas que contribuíram para a morte, a que não estejam, porém, no estado clínico.	<b>Hipertensão Arterial Sistêmica</b>	<b>10 anos</b>	
		<b>Diabetes Mellitus</b>	<b>15 anos</b>	
VI Comunicação e notificação de morte	CAUSAS DA MORTE PARTE I Diagnóstico ou estado clínico que ocorreu imediatamente antes da morte.	<b>Síndrome Respiratória Aguda Grave</b>		CD
	CAUSAS ANTERIORES Evidências médicas, de exames, que produziram o estado clínico registrado, mencionando-se em outras folhas o estado clínico.	<b>Suspeita de COVID-19</b>		
		<b>Aguarda exames complementares</b>		
	PARTE II Causas cirúrgicas significativas que contribuíram para a morte, a que não estejam, porém, no estado clínico.	<b>Hipertensão Arterial Sistêmica</b>	<b>10 anos</b>	
	<b>Diabetes Mellitus</b>	<b>15 anos</b>		

Diante da necessidade do envio de cadáveres ao SVO deve ser realizada a comunicação prévia ao médico regulador do SVO por meio dos telefones (62) 3524-1970 / 3524-1933 para certificação de capacidade para o recebimento e autorização.

## 2) OCORRÊNCIA DOMICILIAR E EM INSTITUIÇÕES DE MORADIA

Encaminhamento ao SVO Goiânia conforme fluxo atual estabelecido pela Portaria N°603/2009 da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia.

- Comunicação prévia a Unidade Móvel de Urgência ou ao Médico Assistente da instituição de moradia para comparecimento ao local e constatação do óbito;
- Preenchimento de Guia de encaminhamento de cadáveres ou de relatório médico de encaminhamento pelo médico, que deverá ser entregue para a equipe de remoção ou familiar para apresentação no SVO Goiânia.
- Envolvimento do cadáver em lençóis;
- Acomodação do cadáver em saco de óbito (bolsa plástica) para impedir o vazamento de fluidos corpóreos;
- Os residentes com o falecido deverão receber orientações de desinfecção dos ambientes e objetos (uso de água sanitária ou solução clorada 0,5% a 1%);
- Contato prévio com a central de regulação do SVO pelos telefones: 62- 3524-1970, 3524-1933 para autorização do encaminhamento ou da remoção.

### 3) OCORRÊNCIA EM ESPAÇO PÚBLICO E EM AMBULÂNCIAS

Encaminhamento ao SVO Goiânia conforme fluxo atual estabelecido pela Portaria N°603/2009 da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia;

- Comunicação prévia a Unidade Móvel de Urgência para comparecimento ao local e constatação do óbito;
- Preenchimento de Guia de encaminhamento de cadáveres pelo médico, que deverá ser entregue para a equipe de remoção ou familiar para apresentação no SVO Goiânia.
- Acomodação do cadáver em saco de óbito (bolsa plástica) para impedir o vazamento de fluidos corpóreos;
- Contato prévio com a central de regulação do SVO pelos telefones: 62-3524-1970, 3524-1933 para autorização do encaminhamento ou da remoção.

#### **Remoção dos cadáveres:**

- O SVO Goiânia é responsável pelas remoções apenas no Município de Goiânia, demais cidades assistidas são responsáveis pelo transporte até o SVO Goiânia, conforme pactuação em CIB. O serviço que procederá à remoção deve ter conhecimento sobre a suspeita de COVID-19.
- Em locais distantes, fora do Município de Goiânia: familiares devem encaminhar o cadáver para a unidade de saúde mais próxima para a constatação do óbito e posterior autorização de encaminhamento ao SVO Goiânia. Na impossibilidade de constatação médica do óbito, proceder ao registro do óbito em delegacia (Boletim de Ocorrência) para o transporte até o SVO Goiânia, após prévia autorização de encaminhamento. O serviço funerário que procederá à remoção deve ter conhecimento sobre a suspeita de COVID-19.

#### **CONTATOS:**

**Fone:** (62)3524-3389 e 3524-3381 - Dias úteis das 7 às 19 horas

**Plantão CIEVS:** 99240-8185 - Período noturno, finais de semana e feriados.

**E-mail:** [cievsgoiania@gmail.com](mailto:cievsgoiania@gmail.com)

Anexo 1 – Ficha de notificação para síndrome respiratória aguda grave (SRAG), atualizada (versão do dia 31/03/2020).

MINISTÉRIO DA SAÚDE SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE		SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DA GRIPE		
FICHA DE REGISTRO INDIVIDUAL - CASOS DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE HOSPITALIZADO		SIVEP Gripe		
CASO DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE (SRAG-HOSPITALIZADO):		Nº _____		
Indivíduo hospitalizado com febre, mesmo que referida, acompanhada de tosse ou dor de garganta e que apresente dispnéia ou saturação de O <sub>2</sub> < 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 <sup>as</sup> sintomas:	
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- Ign		
	9	Data de nascimento:	10 (ou) Idade: _____	
	11	Gestante: <input type="checkbox"/>		
	12	Raça/Cor: <input type="checkbox"/> 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9-Ignorado		
13	Se indígena, qual etnia?			
14	Escolaridade: <input type="checkbox"/> 0-Sem escolaridade/Analfabeto 1-Fundamental 1 <sup>o</sup> ciclo (1 <sup>a</sup> a 5 <sup>a</sup> série) 2-Fundamental 2 <sup>o</sup> ciclo (6 <sup>a</sup> a 9 <sup>a</sup> série) 3-Médio (1 <sup>o</sup> ao 3 <sup>o</sup> 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: <input type="checkbox"/> 1-Urbana 2-Rural 3-Periurbana 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 ou suínos? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado			
Dados Clínicos e Epidemiológicos	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 <sub>2</sub> < 95% <input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Vômito <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?		38 Data da vacinação:	
		<input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado		
Se < 6 meses: a mãe recebeu a vacina?		<input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado		
a mãe amamenta a criança?		<input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado		
Se >= 6 meses e <= 8 anos:		Se sim, data: _____		
Data da dose única 1/1:		_____ (dose única para crianças vacinadas em campanhas de anos anteriores)		
Data da 1 <sup>a</sup> dose:		_____ (1 <sup>a</sup> dose para crianças vacinadas pela primeira vez)		
Data da 2 <sup>a</sup> dose:		_____ (2 <sup>a</sup> dose para crianças vacinadas pela primeira vez)		



<b>Dados de Atendimento</b>	<b>39</b> Usou antiviral para gripe? <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	<b>40</b> Qual antiviral? <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/> 1-Oseltamivir 2-Zanamivir 3-Outro, especifique: _____	<b>41</b> Data início do tratamento ____ ____ ____
	<b>42</b> Houve internação? <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	<b>43</b> Data da internação por SRAG: _____	<b>44</b> UF de internação: _____
	<b>45</b> Município de internação: _____		Código (IBGE): _____
	<b>46</b> Unidade de Saúde de internação: _____		Código (CNES): _____
	<b>47</b> Internado em UTI? <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	<b>48</b> Data da entrada na UTI: _____	<b>49</b> Data da saída da UTI: _____
	<b>50</b> Uso de suporte ventilatório: <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/> 1-Sim, invasivo 2-Sim, não invasivo 3-Não 9-Ignorado	<b>51</b> Raio X de Tórax: <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	<b>52</b> Data do Raio X: _____
	<b>53</b> Coletou amostra? <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	<b>54</b> Data da coleta: _____	<b>55</b> Tipo de amostra: <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/> 1-Secção de Naso-orofaringe 2-Lavado Broco-alveolar 3-Tecido post-mortem 4-Outra, qual? _____ 9-Ignorado
<b>Dados Laboratoriais</b>	<b>56</b> Nº Requisição do GAL: _____		
	<b>57</b> Resultado da IF/outro método que não seja Biologia Molecular: <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/> 1-Positivo 2-Negativo 3-Inconclusivo 4-Não realizado 5-Aguardando resultado 9-Ignorado	<b>58</b> Data do resultado da IF/outro método que não seja Biologia Molecular: _____	
	<b>59</b> Agente Etiológico – IF/outro método que não seja Biologia Molecular: Positivo para Influenza? <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"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se outros vírus respiratórios qual(is)? (marcar X) <input type="checkbox"/> Vírus Sincial Respiratório <input type="checkbox"/> Parainfluenza 1 <input type="checkbox"/> Parainfluenza 2 <input type="checkbox"/> Parainfluenza 3 <input type="checkbox"/> Adenovirus <input type="checkbox"/> Outro vírus respiratório, especifique: _____		
	<b>60</b> Laboratório que realizou IF/outro método que não seja Biologia Molecular: _____		Código (CNES): _____
	<b>61</b> Resultado da RT-PCR/outro método por Biologia Molecular: <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/> 1-Detectável 2-Não Detectável 3-Inconclusivo 4-Não realizado 5-Aguardando resultado 9-Ignorado	<b>62</b> Data do resultado RT-PCR/outro método por Biologia Molecular: _____	
	<b>63</b> Agente Etiológico – RT-PCR/outro método por Biologia Molecular: Positivo para Influenza? <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"/> 1-Victoria 2-Yamagata 3-Não realizado 4-Inconclusivo 5-Outro, especifique: _____ Positivo para outros vírus? <input type="checkbox"/>   <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 Sincial Respiratório <input type="checkbox"/> Parainfluenza 1 <input type="checkbox"/> Parainfluenza 2 <input type="checkbox"/> Parainfluenza 3 <input type="checkbox"/> Parainfluenza 4 <input type="checkbox"/> Adenovirus <input type="checkbox"/> Metapneumovirus <input type="checkbox"/> Bocavirus <input type="checkbox"/> Rinovirus <input type="checkbox"/> Outro vírus respiratório, especifique: _____		
	<b>64</b> Laboratório que realizou RT-PCR/outro método por Biologia Molecular: _____		Código (CNES): _____
<b>Conclusão</b>	<b>65</b> Classificação final do caso: <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 5-COVID-19		<b>66</b> Critério de Encerramento: <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/> 1-Laboratorial 2-Vínculo-Epidemiológico 3-Clinico
	<b>67</b> Evolução do Caso: <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/> 1-Cura 2-Óbito 9-Ignorado	<b>68</b> Data da alta ou óbito: _____	<b>69</b> Data do Encerramento: _____
	<b>70</b> OBSERVAÇÕES:		
<b>71</b> Profissional de Saúde Responsável: _____		<b>72</b> Registro Conselho/Matrícula: _____	

## Anexo 2 - Requisição de solicitação de exame no Sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL)

República Federativa do Brasil  
Ministério da Saúde

**Sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial - GAL**  
**Requisição de Exame**

**REQUISIÇÃO**

1 Nº Requisição: 2 Unidade de Saúde (ou outra fonte): 4 CNES:

3 Município de Atendimento: 5 Código IBGE: 6 UF:

7 Nome do Profissional de Saúde: 8 Registro Conselho/Matrícula: 9 Assinatura:

10 Data de Solicitação: 11 Data dos Primeiros Sintomas: 12 Caso:  
1 - Suspeito 2 - Comunicante 3 - Acompanhamento 4 - Controle 5 - Óbito  
6 - Caso grave 7 - Surto 9 - Ignorado

13 Tratamento: 14 Etapa de Tratamento: 15 Paciente Tomou Vacina? 16 Data da Última Dose:  
1 - Dia 2 - Semana 3 - Mês 4 - Ano 9 - Ignorado  
1 - Pretratamento 2 - Tratamento 3 - Retratamento 1 - Sim 2 - Não  
3 - Mês 4 - Ano 9 - Ignorado 4 - Avaliação de Resistência 9 - Ignorado 9 - Ignorado

17 Qual Vacina? 18 Finalidade: 19 Especifique:  
1 - Campanha 2 - Inquérito 3 - Investigação  
4 - Programa 5 - Protocolo 6 - Projeto 9 - Ignorado

**PACIENTE**

20 Nome do Paciente:

21 Data de Nascimento: 22 Idade: 23 Sexo: 24 Idade Gestacional: 25 Nacionalidade:  
1 - Hora(s) 2 - Dia(s) 3 - Mês 4 - Ano(s) M - Masculino F - Feminino I - Ignorado  
1 - 1º Trim. 2 - 2º Trim. 3 - 3º Trim. 4 - Ignorado  
5 - Não 6 - Não se Aplica 9 - Ignorado

26 Raça/Cor: 27 Etnia: 28 Nome da Mãe:  
1 - Branca 2 - Preta 3 - Parda  
4 - Amarela 5 - Indígena 99 - Sem Informação

29 Documento do Paciente 1: 30 Documento do Paciente 2:  
1 - RG 2 - CPF 3 - CNH 4 - CNJ Número: 1 - RG 2 - CPF 3 - CNH 4 - CNJ Número:  
5 - CNASC 6 - PRONT 7 - INFOPEN

31 Logradouro: (Rua, Avenida...) 32 Número:

33 Complemento do Logradouro: 34 Ponto de Referência: 35 Bairro:

36 Município de Residência: 37 Código IBGE: 38 UF:

39 CEP: 40 DDD / Telefone: 41 Zona: 42 País (Se reside fora do Brasil):  
1 - Urbana 2 - Periurbana  
3 - Rural 9 - Ignorado

**AMOSTRA / EXAME**

43 Exame Solicitado:	44 Material Enviado:	45 Amostra: (1ª, 2ª, Única)	46 Tipo de Amostra: 1 - IN 2 - IB 3 - LM 4 - MTB 5 - MTV	47 Data da coleta:	48 Usou medicamento antes da data da coleta? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado Especifique:

**SINAN**

49 Agravado/Doença: 50 CID 10: 51 Nº Notificação do SINAN: 52 Data de Notificação:

53 Unidade de Saúde Notificante: 54 CNES:

55 Município de Notificação: 56 Código IBGE: 57 UF:

**DADOS COMPLEMENTARES**

58 Dados Clínicos/Laboratoriais:

\*Campo de preenchimento obrigatório