

NOTA INFORMATIVA 6 - CORONAVÍRUS SES/MS

Considerando a portaria Nº 454, de 20 de março de 2020, a Secretaria Estadual de Saúde informa **nova definição de casos suspeito de coronavírus (COVID-19)**.

CASO SUSPEITO DE DOENÇA PELO CORONAVÍRUS 2019 (COVID-19)

Pacientes com Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG): Indivíduo hospitalizado com febre, mesmo que referida, acompanhada de tosse ou dor de garganta e que apresente dispneia.

Devem ser notificados, de forma individual, todos os casos que atendam à definição de SRAG.

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

CRITÉRIO LABORATORIAL: Resultado positivo em RT-PCR, pelo protocolo Charité.

CASO DESCARTADO DE INFECÇÃO HUMANA PELO CORONAVÍRUS

Caso que apresente resultado laboratorial negativo para COVID-19 OU confirmação laboratorial para outro agente etiológico.

NOTIFICAÇÃO DE CASO SUSPEITO

- Notificação imediata de todo caso de **SRAG hospitalizado e óbito por SRAG**, devendo ser realizada por meio dos telefones: 3318-1831 – Gerência Técnica de Influenza e Doenças Respiratórias (durante horário de expediente da SES) ou **PLANTÃO 24HS CIEVS: 98477-3435 (ligação e whatsapp)**.
- Preencher a FICHA DE REGISTRO INDIVIDUAL – CASOS DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE HOSPITALIZADOS (ANEXO) e GAL (Gerenciamento de Ambiente Laboratorial), não havendo mais necessidade de preenchimento do sistema online RED CAP.
- **NÃO** devem ser notificados casos isolados de SG (Síndrome Gripal), com ou sem fator de risco para complicações pela doença.

MEDIDAS IMPORTANTES

- Para contenção da transmissibilidade do COVID-19, deverá ser adotada como medida não farmacológica, o 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 máximo de 14 (quatorze) dias.
- Considera-se pessoa com sintomas respiratórios, a apresentação de tosse seca, dor de garganta, ou dificuldade respiratória, acompanhada ou não de febre, desde que seja confirmado por atestado médico.
- As pessoas com mais de 60 anos de idade, devem observar o distanciamento social, restringindo seus deslocamentos para realização de atividades estritamente necessárias, evitando transporte de utilização coletiva, viagens e eventos esportivos, artísticos, culturais, científicos, comerciais e religiosos e outros com concentração próxima de pessoas.

NOTIFICAÇÃO IMEDIATA: Todos os casos devem ser registrados por serviços públicos e privados, por meio do preenchimento da ficha de **SRAG HOSPITALIZADO – SIVEP GRIPE**, **dentro das primeiras 24 horas** a partir da suspeita clínica.

CAMPO GRANDE, CORUMBÁ, DOURADOS, NAVIRAÍ, PONTA PORÃ, TRÊS LAGOAS – INSEREM NO SIVEP GRIPE.

DEMAIS MUNICÍPIOS ENVIEM A FICHA AO CIEVS

PLANTÃO CIEVS 24HS – 98477-3435

cievs.ms@hotmail.com

ANEXOS



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Nº

SIVEP Gripe
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DA GRIPE
12/03/2020

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 dispneia ou saturação de O₂ < 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 1ºs 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: __ 1- Masc. 2- Fem. 9- S
	9	Data de nascimento:	10	(ou) Idade: __ __ __		11	Gestante: __	
	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/Analfa beto 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	Nome da mãe: _____						
Dados de residência	16	CEP: __ __ __ __ - __ __						
	17	UF: __	18	Município:		Código (IBGE): __ __ __ __		
	19	Bairro:		20	Logradouro (Rua, Avenida, etc.):		21	
	22	Complemento (apto, casa, etc...):			23	(DDD) Telefone:		
	24	Zona: __ 1-Urbana 2-Rural 3-Periurbana 9-Ignorado			25	País: (se residente fora do Brasil) _____		
Dados Epidemiológicos	26	Paciente tem histórico de viagem internacional até 14 dias antes do início dos sintomas? __ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado						
	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? __ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado						
	32	Trata-se de caso nosocomial (infecção adquirida no hospital)? __ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado						
33	Paciente trabalha ou tem contato direto com aves ou suínos? __ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado							

Dados de Atendimento	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 sim,			Se 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 <i>mellitus</i> <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?			37	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 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)							
	38	Usou antiviral para gripe? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado		39	Qual antiviral? <input type="checkbox"/> 1-Oseltamivir 2-Zanamivir 3-Outro, especifique: _____		40	Data início do tratamento: ____ ____ ____
	41	Houve internação? <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"/> 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"/> 1-Sim, invasivo 2-Sim, não invasivo 3-Não 9-Ignorado		50	Raio X de Tórax: <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"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado		53	Data da coleta: ____ ____ ____		54	Tipo de amostra: <input type="checkbox"/> 1-Secreção de Naso-orofaringe 2-Lavado Broco-alveolar 3-Tecido <i>post-mortem</i> 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"/> 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? 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se sim, qual influenza? 1- Influenza A

Positivo para outros vírus? 1-Sim 2-Não 9-Ignorado

Se outros vírus respiratórios qual(is)? (marcar X)

Vírus Sincicial Respiratório Parainfluenza 1 Parainfluenza 2 Parainfluenza 3 Adenovírus
Outro vírus respiratório, especifique: _____

59 Laboratório que realizou IF/outra método que não seja Biologia Molecular: Código (CNES): _____

60 Resultado da RT-PCR/outra método por Biologia Molecular: 61 Data do resultado RT-PCR/outra método por Biologia Molecular: _____

1-Detectável 2-Não Detectável 3-Inconclusivo 4-Não realizado 5-Aguardando resultado 9-Ignorado

62 Agente Etiológico – RT-PCR/outra 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-Yamagata 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: _____

63 Laboratório que realizou RT-PCR/outra método por Biologia Molecular: Código (CNES): _____

Conclusão	64	Classificação final do caso: <input type="checkbox"/>	65	Critério de Encerramento: <input type="checkbox"/>	
		1-SRAG por influenza 2-SRAG por outro vírus respiratório 3-SRAG por outro agente etiológico, qual _____ 4-SRAG não especificado		1-Laboratorial 2-Vínculo-Epidemiológico 3-Clinico	
	66	Evolução do Caso: <input type="checkbox"/>	67	Data da alta ou óbito: _____	
		1-Cura 2-Óbito 9-Ignorado		68	Data do Encerramento: _____

69 OBSERVAÇÕES:

70 Profissional de Saúde Responsável: 71 Registro Conselho/Matrícula: _____

_____|_____|_____|_____|_____|_____|