



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE GOIÁS
SUPERINTENDENCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

ROTEIRO DE INVESTIGAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA - CORONAVÍRUS (2019 nCoV)

DEFINIÇÕES DE CASO SUSPEITO DE DOENÇA RESPIRATÓRIA AGUDA 2019-nCoV, CONFORME CRITÉRIOS CLÍNICOS E EPIDEMIOLÓGICOS

Situação 1: Febre¹ **E** pelo menos um sinal ou sintoma respiratório (tosse, dificuldade para respirar, batimento das asas nasais entre outros) **E** Histórico de viagem para área com transmissão local, nos últimos 14 dias antes do início dos sintomas. **Ou**

Situação 2: Febre¹ **E** pelo menos um sinal ou sintoma respiratório (tosse, dificuldade para respirar, batimento das asas nasais entre outros) **E** Histórico de contato próximo de caso² suspeito para o coronavírus (2019-nCoV) nos últimos 14 dias anteriores ao aparecimento dos sinais ou sintomas. **Ou**

Situação 3: Febre¹ **OU** pelo menos um sinal ou sintoma respiratório (tosse, dificuldade para respirar, batimento das asas nasais entre outros) **E** contato próximo de caso² confirmado de coronavírus (2019-nCoV) em laboratório, nos últimos 14 dias anteriores ao aparecimento dos sinais ou sintomas.

Fonte: BE n. 1, COE/MS, 2020

¹Febre 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. Nestas situações, a avaliação clínica deve ser levada em consideração.

²Contato próximo é definido como: estar a aproximadamente dois metros (2 m) de um paciente com suspeita de caso por novo coronavírus, dentro da mesma sala ou área de atendimento, por um período prolongado, sem uso de equipamento de proteção individual (EPI). O contato próximo pode incluir: cuidar, morar, visitar ou compartilhar uma área ou sala de espera de assistência médica ou, ainda, nos casos de contato direto com fluidos corporais, enquanto não estiver usando o EPI recomendado.

1. Identificação do paciente

Nome completo: _____
Data de nascimento: ___/___/___ Idade em anos: _____
Gênero: () Masculino () Feminino
Nome da mãe: _____
Número do cartão SUS (CNS): _____
CPF: ____-____-____
Ocupação: () Estudante () Profissional de saúde () Trabalha com animais () Técnico de laboratório em saúde () Outra, especifique: _____
Endereço: _____
Estado: _____ Cidade: _____
CEP de residência: _____



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE GOIÁS
SUPERINTENDENCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Zona: () Rural () Urbana () Periurbana	
Celular: _____	
Data do registro: ___ / ___ / ___	Número do FormSUScap: _____
Data da Notificação: ___ / ___ / ___	Número do SINAN NET: _____
Data da Notificação: ___ / ___ / ___	Número do SIVEP - Gripe: _____

2. Histórico vacinal

Possui caderneta de vacinação: () Sim () Não
Vacina influenza trivalente () Sim () Não
Data da última dose: ___ / ___ / ___

3. Condições pré – existentes:

Condição pré-existente	Sim	Não	Desconhecido
Obesidade			
Neoplasias (tumor sólido ou hematológico)			
Diabetes			
Infecção pelo HIV			
Imunodeficiência			
Doença cardiovascular, incluindo hipertensão			
Doença pulmonar crônica			
Doença hepática crônica			
Distúrbio hematológico crônico			
Doença renal crônica			
Doença neurológica crônica ou neuromuscular			
Recebeu doação de sangue/ órgão			
Gravidez			
Se sim, especifique o trimestre:	() Primeiro	() Segundo	() Terceiro
Outras condições pré-existent			
Se sim, especifique:			



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE GOIÁS
SUPERINTENDENCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

4. Sinais e sintomas:

Data de Início de sintomas: ____ / ____ / ____			
Sinais/ Sintomas	Sim	Não	Desconhecido
Febre			
Tosse			
Dor de garganta			
Dispneia (dificuldade de respirar)			
Diarreia			
Vômitos/ Náusea			
Dor de cabeça			
Coriza			
Irritabilidade/confusão			
Fraqueza			
Convulsões			
Conjuntivite			
Calafrios			
Erupção cutânea			
Dores musculares			
Dor nas articulações			
Perda de apetite			
Sangramento do nariz			
Fadiga			
Alteração do nível de consciência			
Sinais neurológicos			
Outros sinais e sintomas			
Se sim, especifique:			

5. Sinais de gravidade:

Sinais/ Sintomas	Sim	Não	Desconhecido
Ausculta pulmonar anormal			
Achados anormais na radiografia de pulmão			
Desconforto respiratório ou aumento da frequência respiratória (FR)			
Pneumonia			
Piora nas condições clínicas de doenças de base			
Hipotensão			
Linfopenia			
Exsudato de faringeo			
Coma			



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE GOIÁS
SUPERINTENDENCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Injeção conjuntival			
SpO ₂ <95% em ar ambiente			
Ventilação mecânica			
Outros sinais e sintomas			
Se sim, especifique:			

6. Sinais de gravidade:

- Hospitalização ()Sim ()Não ()Desconhecido
Data da primeira internação ___ / ___ / ___

- Admissão na UTI (Unidade de Terapia Intensiva) ()Sim ()Não ()Desconhecido
Admissão na UTI ___ / ___ / ___ Alta da UTI ___ / ___ / ___

- Ventilação mecânica ()Sim ()Não ()Desconhecido
Data de Início: ___ / ___ / ___ Termina: ___ / ___ / ___

- Insuficiência renal aguda ()Sim ()Não ()Desconhecido
Se sim, data de início ___ / ___ / ___

- Insuficiência cardíaca ()Sim ()Não ()Desconhecido
Se sim, data de início ___ / ___ / ___

- Coagulopatia ()Sim ()Não ()Desconhecido
Se sim, data de início ___ / ___ / ___

- Pneumonia por radiografia de tórax ()Sim ()Não ()Desconhecido
Se sim, data de início ___ / ___ / ___

- Hipotensão que requer vasopressores ()Sim ()Não ()Desconhecido
Se sim, data de início ___ / ___ / ___

- Outros sintomas ()Sim ()Não ()Desconhecido
Se sim, especifique: _____

7. Locais de exposição do paciente

- Viajou, no Brasil, nos 14 dias anteriores ao início de sintomas? ()Sim ()Não ()Desconhecido
Se sim, datas da viagem: embarque ___ / ___ / ___ retorno ___ / ___ / ___
Cidades visitadas: _____

- Viajou, internacionalmente, nos 14 dias anteriores ao início de sintomas?



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE GOIÁS
SUPERINTENDENCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

() Sim () Não () Desconhecido
 Se sim, datas da viagem: embarque ___/___/___ retorno ___/___/___
 Países visitados: _____
 Cidades visitadas: _____

- Teve contato próximo com uma pessoa com infecção respiratória aguda nos 14 dias anteriores ao início dos sintomas?
 () Sim () Não () Desconhecido

- Compareceu a evento com aglomeração de pessoas nos 14 dias anteriores ao início dos sintomas? () Sim () Não () Desconhecido
 Se sim, especifique: _____

- Nos últimos 14 dias, teve contato com um caso provável ou confirmado de coronavírus (2019-nCoV)? () Sim () Não () Desconhecido
 Se sim, data do último contato: ___ / ___ / ___
 Local da exposição () casa () serviço de saúde () escola () local de trabalho () igreja
 () Outro, especifique: _____

- Visitou algum serviço de saúde nos 14 dias anteriores ao início dos sintomas?
 () Sim () Não () Desconhecido Se sim, especifique: _____

8. Diagnóstico Laboratorial

Tipo de amostra: () Aspirado de nasofaringe () Swabs combinado (nasal/oral)
 () Secreção respiratória inferior

Tipo de Exame Realizado	Laboratório Responsável	Data da Coleta	Data do Resultado	Agente isolado
RT – PCR				
Seqüenciamento genômico				

9. Encerramento do caso:

- Data do encerramento: ___ / ___ / ___

- Classificação final do caso para 2019 nCoV: () Confirmado () Descartado

Se for confirmado especificar o caso como: () Primário () Secundário () Importado

- Critério de encerramento: () Laboratorial () Clínico – epidemiológico () Clínico



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE GOIÁS
SUPERINTENDENCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

- Situação de saúde no momento da notificação: () Sintomático () Cura () Ignorado
() Óbito Data do óbito: ___ / ___ / ___

10. Informações adicionais

11. Responsável pela Investigação

Data	
Nome	
Função	
Telefone	
E-mail	



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE GOIÁS
SUPERINTENDENCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

ANEXO I - DESLOCAMENTO DO CASO SUSPEITO

Período de transmissão: Descrever os locais em que o caso circulou nos 7 dias após o aparecimento dos sintomas, dia a dia (deslocamento), pessoas que teve contato (nome e telefone), locais e eventos que circulou.

DIA 1	Data:	
	Local:	
	Contatos:	
DIA 2	Data:	
	Local:	
	Contatos:	
DIA 3	Data:	
	Local:	
	Contatos:	
DIA 4	Data:	
	Local:	
	Contatos:	
DIA 5	Data:	
	Local:	
	Contatos:	
DIA 6	Data:	
	Local:	
	Contatos:	
DIA 7	Data:	
	Local:	
	Contatos:	



Secretaria
de Estado
da Saúde



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE GOIÁS
SUPERINTENDENCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

ANEXO II – PLANILHA DE CONTATOS*

Nome	Data de Nascimento	Data da exposição	Telefone	Fator de Risco**. Qual?	Presença de sintomas. Quais?

*Contato próximo é definido como: estar a aproximadamente dois metros (2 m) de um paciente com suspeita de caso por novo coronavírus, dentro da mesma sala ou área de atendimento, por um período prolongado, sem uso de equipamento de proteção individual (EPI). O contato próximo pode incluir: cuidar, morar, visitar ou compartilhar uma área ou sala de espera de assistência médica ou, ainda, nos casos de contato direto com fluidos corporais, enquanto não estiver usando o EPI recomendado.

**Preencher de acordo com item 3. Condições pré – existentes do roteiro de investigação.

Avenida 136, Qd. F-44 Lts. 22 e 24, Edifício César Sebba, Setor Sul
CEP 74093-250 Goiânia/Goiás – cievsgoias@gmail.com
Fone: (62) 3201-2688/4488 – 99812-6739 (Plantão CIEVS Goiás)