



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)