



Tipo do Documento	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.NHE.001 - Página 1/6	
Título do Documento	FLUXO DE PREENCHIMENTO DAS FICHAS DE NOTIFICAÇÃO DOS CASOS DE COVID-19 NO HULW	Emissão:05/08/2021 Versão: 1	Próxima revisão: 05/08/2023

1. OBJETIVO

Padronizar o fluxo de preenchimento da ficha de notificação dos casos suspeitos de Covid-19 por meio do formulário de registro individual disponibilizado pelo Ministério da Saúde (MS) no Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW).

2. MATERIAL

- Ficha de Registro Individual – casos de síndrome respiratória aguda grave hospitalizado de 23/03/2021 (Anexo 1);
- Ficha de investigação de SG suspeito de doença pelo coronavírus – Covid-19 (E-sus Notifica – 04/03/2021 (Anexo 2);
- Prontuário do paciente;
- Equipamento de Proteção Individual (EPI): máscara N-95, óculos de proteção, face shield;
- Caneta para anotação.

3. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS

3.1 Para notificação do paciente quando estiver hospitalizado nos seguintes setores: Clínica Cirúrgica, Clínica Médica, Clínica Pediátrica, Clínica de Doenças Infecciosas e Parasitárias (DIP), Clínica Obstétrica e Unidade de Terapia Intensiva (UTI) adulto/pediátrica/neonatal:

- O profissional de saúde deve preencher corretamente a [Ficha de Registro Individual – casos de síndrome respiratória aguda grave hospitalizado de 23/03/2021](#) com todos os dados de identificação e clínico-epidemiológicos contidas no prontuário do paciente;
- Quando não houver os dados necessários no prontuário para preenchimento da ficha, paramentar-se com os EPIS e entrevistar o paciente de acordo com o que é solicitado na ficha de notificação;
- Encaminhar a ficha preenchida até o item 60 para o Núcleo Hospitalar de Epidemiologia (NHE);



Tipo do Documento	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.NHE.001 - Página 1/6	
Título do Documento	FLUXO DE PREENCHIMENTO DAS FICHAS DE NOTIFICAÇÃO DOS CASOS DE COVID-19 NO HULW	Emissão:05/08/2021 Versão: 1	Próxima revisão: 05/08/2023

3.2 Para notificação dos casos suspeitos de pacientes não hospitalizados atendidos na Triagem Obstétrica, Circuito Cirúrgico, Funcionários e Acompanhantes de pacientes hospitalizados:

- Paramentar-se com os EPI's;
- Preencher corretamente a [Ficha de investigação de SG suspeito de doença pelo coronavírus – Covid-19 \(E-sus Notifica – 04/03/2021 - Adaptada\)](#) com todos os dados de identificação e clínico epidemiológicos, bem como as informações complementares e observações necessárias no verso da ficha;
- Encaminhar a ficha para o NHE através do email: nhe.hulw@ebserh.gov.br ou encaminhar a ficha física para o NHE.

4. REFERÊNCIAS

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. **Ficha de registro individual: casos de síndrome respiratória aguda grave hospitalizado**. http://189.28.128.100/sivep-gripe/Ficha_SRAG_Hospitalizado_23.03.2021.pdf (acessado em 05/Ago/2021).


BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. **Ficha de investigação de SG suspeito de doença pelo coronavírus – Covid-19**. https://datasus.saude.gov.br/wp-content/uploads/2021/03/Ficha-COVID-04_03_21.pdf (acessado em 05/Ago/2021).

EBSERH. **Norma 001: Trata da Elaboração e Controle de Documentos Institucionais**. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, v.2, 2019.



Tipo do Documento	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.NHE.001 - Página 1/6	
Título do Documento	FLUXO DE PREENCHIMENTO DAS FICHAS DE NOTIFICAÇÃO DOS CASOS DE COVID-19 NO HULW	Emissão:05/08/2021 Versão: 1	Próxima revisão: 05/08/2023

Anexo 1 – Ficha de Registro Individual – casos de síndrome respiratória aguda grave hospitalizado de 23/03/2021

		Nº		
 MINISTÉRIO DA SAÚDE SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE				
SIVEP Gripe - SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DA GRIPE FICHA DE REGISTRO INDIVIDUAL - CASOS DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE HOSPITALIZADO - 23/03/2021				
CASO DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE (SRAG-HOSPITALIZADO): Indivíduo com *SG que apresente: dispnéia/desconforto respiratório OU pressão persistente no tórax OU saturação de O2 menor que 95% em ar ambiente OU coloração azulada dos lábios ou rosto. (*SG: Indivíduo com quadro respiratório agudo, caracterizado por pelo menos dois (2) dos seguintes sinais e sintomas: febre (mesmo que referida), calafrios, dor de garganta, dor de cabeça, tosse, coriza, distúrbios olfativos ou gustativos). Para efeito de notificação no Sivep-Gripe, devem ser considerados os casos de SRAG hospitalizados ou os óbitos por SRAG independente de hospitalização.				
1	Data do preenchimento da ficha de notificação:	2	Data de 1ºs sintomas	
3	UF: <input type="text"/> <input type="text"/> 4 Município: <input type="text"/>	Código (IBGE): <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
5	Unidade de Saúde:	Código (CNES): <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
Dados do Paciente	6 Tem CPF? (Marcar X) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	7	CPF: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
	8 Estrangeiro (Marcar X) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
	9 Cartão Nacional de Saúde (CNS): <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
	10 Nome: <input type="text"/>	11	SEXO: <input type="checkbox"/> 1-Masc. 2-Fem. 9-Ign.	
	12 Data de nascimento: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	13 (Ou) Idade: <input type="text"/> <input type="text"/>	14	Gestante: <input type="checkbox"/>
	15 Raça/Cor: <input type="checkbox"/> 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9-Ignorado	1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4-Idade Gestacional Ignorada 5-Não 6-Não se aplica 9-Ignorado		
	16 Se indígena, qual etnia? <input type="text"/>			
	17 É membro de povo ou comunidade tradicional? (Marcar X) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	18	Se sim, qual? <input type="text"/>	
	19 Escolaridade: <input type="checkbox"/> 0-Sem escolaridade/Analfabeto 1-Fundamental 1º ciclo (1ª a 5ª série) 2-Fundamental 2º ciclo (6ª a 9ª série) 3-Médio (1ª ao 3º ano) 4-Superior 5-Não se aplica 9-Ignorado			
	20 Ocupação: <input type="text"/>	21	Nome da mãe: <input type="text"/>	
Dados de residência	22	CEP: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>		
	23	24	Município: <input type="text"/> Código (IBGE): <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
	25	26	Bairro: <input type="text"/> Logradouro (Rua, Avenida, etc.): <input type="text"/>	
	27	Nº: <input type="text"/>		
	28	Complemento (apto, casa, etc.): <input type="text"/>		
	29	(DDD) Telefone: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
Dados Clínicos e Epidemiológicos	30	Zona: <input type="checkbox"/> 1-Urbana 2-Rural 9-Periurbana 9-Ignorado		
	31	País: (se residente fora do Brasil) <input type="text"/>		
	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, suínos, ou outro animal? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não <input type="checkbox"/> 3- Outro, qual <input type="text"/> 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"/> Dispnéia <input type="checkbox"/> Desconforto Respiratório <input type="checkbox"/> Saturação O ₂ < 95% <input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Vômito <input type="checkbox"/> Dor abdominal <input type="checkbox"/> Fadiga <input type="checkbox"/> Perda do olfato <input type="checkbox"/> Perda do paladar <input type="checkbox"/> Outros <input type="text"/>		
	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="text"/> <input type="checkbox"/> Outros <input type="text"/>		
	36	Recebeu vacina COVID-19? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se recebeu vacina COVID-19, informar: Data da 1ª dose: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
	37	Data da 2ª dose: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
	38	Laboratório Produtor vacina COVID-19: <input type="text"/> Lote da vacina COVID-19: Lote 1ª Dose <input type="text"/>		
	39	Lote 2ª Dose <input type="text"/>		
40	Recebeu vacina contra Gripe na última campanha? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Data da vacinação: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
41	Se < 6 meses: a mãe recebeu a vacina? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se sim, data: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> a mãe amamentou a criança? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se >= 6 meses e <= 8 anos: Data da dose única 1/1: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (dose única para crianças vacinadas em campanhas de anos anteriores) Data da 1ª dose: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (1ª dose para crianças vacinadas pela primeira vez) Data da 2ª dose: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (2ª dose para crianças vacinadas pela primeira vez)			



Tipo do Documento	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.NHE.001 - Página 1/6	
Título do Documento	FLUXO DE PREENCHIMENTO DAS FICHAS DE NOTIFICAÇÃO DOS CASOS DE COVID-19 NO HULW	Emissão:05/08/2021 Versão: 1	Próxima revisão: 05/08/2023

Anexo 1 – Ficha de Registro Individual – casos de síndrome respiratória aguda grave hospitalizado de 23/03/2021 (continuação)

Dados de Atendimento	42	Usou antiviral para gripe? _ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	43	Qual antiviral? _ 1-Oseltamivir 2-Zanamivir 3-Outro, especifique: _____	44	Data início do tratamento: _ _ _ _ _	
	45	Houve internação? _ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	46	Data da internação por SRAG: _ _ _ _ _	47	UF de internação: _	
	48	Município de internação: _____	Código (IBGE): _ _ _ _ _ _				
	49	Unidade de Saúde de internação: _____	Código (CNES): _ _ _ _ _ _				
	50	Internado em UTI? _ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	51	Data da entrada na UTI: _ _ _ _ _	52	Data da saída da UTI: _ _ _ _ _	
	53	Uso de suporte ventilatório: _ 1-Sim, invasivo 2-Sim, não invasivo 3-Não 9-Ignorado	54	Raio X de Tórax: _ 1-Normal 2-Infiltrado intersticial 3-Consolidação 4-Misto 5-Outro: _____ 6-Não realizado 9-Ignorado	55	Data do Raio X: _ _ _ _ _	
	56	Aspecto Tomografia _ 1-Típico covid-19 2-Indeterminado covid-19 3-Atípico covid-19 4-Negativo para Pneumonia 5-Outro 6-Não realizado 9-Ignorado	57	Data da tomografia: _ _ _ _ _			
	58	Coletou amostra _ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	59	Data da coleta: _ _ _ _ _	60	Tipo de amostra: _ 1-Secreção de Naso-orofaringe 2-Lavado Bronco-alveolar 3-Tecido post-mortem 4-Outra, qual? _____ 5-LCR 9-Ignorado	
Dados Laboratoriais	61	Nº Requisição do GAL: _____		62	Tipo do teste para pesquisa de antígenos virais: _ 1-Imunofluorescência (IF) 2-Teste rápido antígeno		
	63	Data do resultado da pesquisa de antígenos: _ _ _ _ _		64	Resultado da Teste antígeno: _ 1-positivo 2-Negativo 3- Inconclusivo 4-Não realizado 5-Aguardando resultado 9-Ignorado		
	65	Laboratório que realizou o Teste antígeno: _____		Código (CNES): _ _ _ _ _ _			
	66	Agente Etiológico - Teste antígeno: Positivo para Influenza? _ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se sim, qual influenza? _ 1-Influenza A 2-Influenza B Positivo para outros vírus? _ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se outros vírus respiratórios qual(is)? (marcar X) _ SARS-CoV-2 _ Virus Sincicial Respiratório _ Parainfluenza 1 _ Parainfluenza 2 _ Parainfluenza 3 _ Adenovírus _ Outro vírus respiratório, especifique: _____					
	67	Resultado da RT-PCR/outra método por Biologia Molecular: _ 1-Detectável 2-Não Detectável 3-Inconclusivo 4-Não realizado 5-Aguardando resultado 9-Ignorado		68	Data do resultado RT-PCR/outra método por Biologia Molecular: _ _ _ _ _ _		
	69	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 _ Virus Sincicial Respiratório _ Parainfluenza 1 _ Parainfluenza 2 _ Parainfluenza 3 _ Parainfluenza 4 _ Adenovírus _ Metapneumovírus _ Bocavirus _ Rinovírus _ Outro vírus respiratório, especifique: _____					
	70	Laboratório que realizou RT-PCR/outra método por Biologia Molecular: _____		Código (CNES): _ _ _ _ _ _			
	71	Tipo de amostra sorológica para SARS-Cov-2: _ 1-Sangue/plasma/soro 2-Outra, qual? _____ 9-Ignorado		72	Data da coleta: _ _ _ _ _		
73	Tipo de Sorologia para SARS-Cov-2: _ 1-Teste rápido 2-Elisa 3-Quiluminescência 4- Outro, qual? _____ Resultado do Teste Sorológico para SARS-CoV-2: _ IgG _ IgM _ IgA 1-Positivo 2-Negativo 3- Inconclusivo 4-Não realizado 5-Aguardando resultado 9-Ignorado		74	Data do resultado: _ _ _ _ _			
Conclusão	75	Classificação final do caso: _ 1-SRAG por influenza 2-SRAG por outro vírus respiratório 3-SRAG por outro agente etiológico, qual _____ 4-SRAG não especificado 5-SRAG por covid-19			76	Critério de Encerramento: _ 1- Laboratorial 2- Clínico Epidemiológico 3- Clínico 4- Clínico-Imagem	
	77	Evolução do Caso: _ 1- Cura 2-Óbito 3-Óbito por outras Causas 9-Ignorado		78	Data da alta ou óbito: _ _ _ _ _ _		
	79	Data do Encerramento: _ _ _ _ _					
80	Número D.O: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _						
81	OBSERVAÇÕES:						
82	Profissional de Saúde Responsável: _____			83	Registro Conselho/Matricula: _____		



Tipo do Documento	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.NHE.001 - Página 1/6	
Título do Documento	FLUXO DE PREENCHIMENTO DAS FICHAS DE NOTIFICAÇÃO DOS CASOS DE COVID-19 NO HULW	Emissão:05/08/2021 Versão: 1	Próxima revisão: 05/08/2023

Anexo 2 – Ficha de investigação de SG suspeito de doença pelo coronavírus – Covid-19 - Adaptada



FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE SG SUSPEITO DE DOENÇA PELO CORONAVÍRUS 2019 – COVID-19 (B34.2)

Definição de caso: Indivíduo com quadro respiratório agudo, caracterizado por pelo menos dois (2) dos seguintes sinais e sintomas: febre (mesmo que referida), calafrios, dor de garganta, dor de cabeça, tosse, coriza, distúrbios olfativos ou distúrbios gustativos.
Em crianças: além dos itens anteriores considera-se também obstrução nasal, na ausência de outro diagnóstico específico.
Em idosos: deve-se considerar também critérios específicos de agravamento como síncope, confusão mental, sonolência excessiva, irritabilidade e inapetência.
Observação: Na suspeita de COVID-19, a febre pode estar ausente e sintomas gastrointestinais (diarreia) podem estar presentes.

UF de notificação: _____		Município de Notificação: _____	
Tem CPF? (Marcar X) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Estrangeiro: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Profissional de saúde (Marcar X) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Profissional de segurança (Marcar X) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
CBO: _____		CPF: _____	
CNS: _____			
Nome Completo: _____			
Nome Completo da Mãe: _____			
Data de nascimento: _____		País de origem: _____	
Sexo: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	Raça/COR: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Indígena Etnia: _____ <input type="checkbox"/> Ignorado		
É membro de povo ou comunidade tradicional? (Marcar X) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Se sim, qual? _____	
CEP: _____		Passaporte: _____	
Logradouro: _____		Número: _____	Bairro: _____
Complemento: _____			
Estado de residência: _____		Município de Residência: _____	
Telefone Celular: _____		Telefone de contato: _____	
E-mail: _____			
Data da Notificação: _____		Data do início dos sintomas: _____	
Sintomas: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Assintomático <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Dor de Garganta <input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Coriza <input type="checkbox"/> Dor de Cabeça <input type="checkbox"/> Distúrbios gustativos <input type="checkbox"/> Distúrbios olfativos <input type="checkbox"/> Outros: _____			
Condições: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Doenças respiratórias crônicas descompensadas <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Obesidade <input type="checkbox"/> Doenças renais crônicas em estágio avançado (graus 3, 4 e 5) <input type="checkbox"/> Imunossupressão <input type="checkbox"/> Portador de doenças cromossômicas ou estado de fragilidade imunológica <input type="checkbox"/> Gestante <input type="checkbox"/> Doenças cardíacas crônicas <input type="checkbox"/> Puérpera (até 45 dias do parto)			
Estado do Teste: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Solicitado <input type="checkbox"/> Coletado <input type="checkbox"/> Concluído <input type="checkbox"/> Exame Não Solicitado	Tipo de Teste: (Marcar X) <input type="checkbox"/> RT – PCR <input type="checkbox"/> Teste rápido – anticorpo <input type="checkbox"/> Teste rápido – antígeno <input type="checkbox"/> Testes sorológico	Data do Teste (PCR/Rápidos): ____/____/____	Data do Teste (Sorológico): ____/____/____
Resultado (PCR/Rápidos): (Marcar X) <input type="checkbox"/> Reagente <input type="checkbox"/> Não Reagente <input type="checkbox"/> Inconclusivo ou Indeterminado	Teste Sorológico: (Marcar X) <input type="checkbox"/> IgA <input type="checkbox"/> IgG <input type="checkbox"/> IgM <input type="checkbox"/> Anticorpos Totais	Resultado (IgA): (Marcar X) <input type="checkbox"/> Reagente <input type="checkbox"/> Não Reagente <input type="checkbox"/> Inconclusivo ou Indeterminado	
Resultado (IgG): (Marcar X) <input type="checkbox"/> Reagente <input type="checkbox"/> Não Reagente <input type="checkbox"/> Inconclusivo ou Indeterminado	Resultado (IgM): (Marcar X) <input type="checkbox"/> Reagente <input type="checkbox"/> Não Reagente <input type="checkbox"/> Inconclusivo ou Indeterminado	Resultado (Anticorpos Totais): (Marcar X) <input type="checkbox"/> Reagente <input type="checkbox"/> Não Reagente <input type="checkbox"/> Inconclusivo ou Indeterminado	



Tipo do Documento	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.NHE.001 - Página 1/6	
Título do Documento	FLUXO DE PREENCHIMENTO DAS FICHAS DE NOTIFICAÇÃO DOS CASOS DE COVID-19 NO HULW	Emissão:05/08/2021 Versão: 1	Próxima revisão: 05/08/2023

Anexo 2 – Ficha de investigação de SG suspeito de doença pelo coronavírus – Covid-19 – Adaptada (continuação)

ENCERRAMENTO	Evolução do caso: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Cancelado <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Em tratamento domiciliar <input type="checkbox"/> Internado em UTI <input type="checkbox"/> Internado <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Cura	Classificação final: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Descartado <input type="checkbox"/> Confirmado Clínico Imagem <input type="checkbox"/> Confirmado Clínico-Epidemiológico <input type="checkbox"/> Confirmado Por Critério Clínico <input type="checkbox"/> Confirmado Laboratorial <input type="checkbox"/> Síndrome Gripal Não Especificada	Data de encerramento: ____/____/____
	Informações complementares e observações		
Recebeu vacina COVID-19? <input type="checkbox"/> 1-Sim <input type="checkbox"/> 2-Não 9-Ignorado			
Se recebeu vacina COVID-19, informar: Data da 1ª dose: ____/____/____ Data da 2ª dose: ____/____/____ Laboratório Produtor vacina COVID-19: _____			
Recebeu vacina contra Gripe na última campanha? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Data da vacinação: ____/____/____			



Tipo do Documento	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.NHE.001 - Página 1/6	
Título do Documento	FLUXO DE PREENCHIMENTO DAS FICHAS DE NOTIFICAÇÃO DOS CASOS DE COVID-19 NO HULW	Emissão:05/08/2021 Versão: 1	Próxima revisão: 05/08/2023

5. HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
01	05/08/2021	Elaboração do documento

(Poderão ser incluídas no quadro abaixo as identificações dos responsáveis pela elaboração/revisão e avaliação)

Elaboração Ana Flavia Ferreira Amorim Carlos Cesar Silva Alves Emmy Karol Morais de Oliveira Jackeline Ferreira Gomes Miriam Suzane Holanda de Almeida	Data: 05/08/2021
Revisão Arleide Azevedo Almeida da Silva	Data: 10/08/2021
Validação Larycia Vicente Rodrigues – Setor de Gestão da Qualidade e Vigilância em Saúde	Data: 19/08/2021
Aprovação Francisco Bernardino da Silva Neto – Chefe da Unidade de Vigilância em Saúde (UVS)	Data: 01/09/2021

Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte