



Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP.UOB.002 - Página 1/14	
Título do Documento	ORIENTAÇÕES ESPECÍFICAS PARA ATENDIMENTO E ASSISTÊNCIA AO PARTO DE GESTANTES SUSPEITAS/CONFIRMADAS COVID-19	Emissão: 30/03/2020 Versão: 01	Próxima revisão:

1. OBJETIVO(S)

Padronizar o atendimento de casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo Coronavírus para gestantes.

2. MATERIAL

- Exames laboratoriais;
- Exames de imagem;
- Swab do tipo Rayon;
- Equipamentos de proteção individual: capote, luva de procedimento, máscara cirúrgica, máscara PFF2 ou N95 ou similar, touca, óculos de proteção, protetor facial;
- Material para higienização das mãos: papel toalha, sabonete líquido.

3. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS

Avaliação das gestantes suspeitas / confirmadas

- **Sintomas mais comuns em pacientes diagnosticados com COVID-19**

Sintomas mais comuns	Outros sintomas em pacientes diagnosticadas com COVID-19
<ul style="list-style-type: none"> • Febre ($\geq 37,8^{\circ}\text{C}$) • Tosse • Dispneia • Mialgia • Fadiga 	<ul style="list-style-type: none"> • Anorexia • Produção de escarro • Dor de garganta • Confusão • Tonturas • Dor de cabeça



Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP.UOB.002 - Página 2/14	
Título do Documento	ORIENTAÇÕES ESPECÍFICAS PARA ATENDIMENTO E ASSISTÊNCIA AO PARTO DE GESTANTES SUSPEITAS/CONFIRMADAS COVID-19	Emissão: 30/03/2020 Versão: 01	Próxima revisão:

	<ul style="list-style-type: none">• Dor no peito• Hemoptise• Diarreia• Náusea/vômito• Dor abdominal• Congestão conjuntival• Anosmia súbita ou hiposmia
--	--

- Casos graves devem ser atendidos juntamente com a equipe de infectologistas de plantão no hospital;
- Lavar as mãos (pelo menos 20 segundos), antes e após contato com a paciente com água e sabão OU preparação alcoólica a 70%;
- Adorno zero!

ATENÇÃO!

Deve ser dada atenção especial às puérperas e às gestantes com as seguintes comorbidades:

- Doenças cardíacas crônicas, congênitas, mal controladas ou descompensadas
- Doenças respiratórias crônicas, incluindo DPOC e asma mal controlada
- Doenças renais crônicas em estágio avançados
- Transplantadas
- Imunossuprimidas por doenças e/ou medicamentos
- Diabetes (conforme juízo clínico)

3.1 Gestantes com síndrome gripal leve e sem queixas obstétricas

- Realizar avaliação obstétrica na Sala de Triagem do COVID-19, utilizando os EPIs indicados (paciente preferencialmente sem acompanhante);
- Encaminhar para a residência com orientações de isolamento social por 14 dias, verificar a temperatura e retornar ao hospital em caso de dificuldade para respirar ou piora do quadro; (entregar panfleto com orientações para isolamento domiciliar) (Anexo 2)



Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP.UOB.002 - Página 3/14	
Título do Documento	ORIENTAÇÕES ESPECÍFICAS PARA ATENDIMENTO E ASSISTÊNCIA AO PARTO DE GESTANTES SUSPEITAS/CONFIRMADAS COVID-19	Emissão: 30/03/2020 Versão: 01	Próxima revisão:

- Notificação na ficha de investigação de síndrome gripal (Anexo 3)

3.2 Gestantes com síndrome gripal e com queixas obstétricas – trabalho de parto em fase ativa inicial ou indicação de cesárea eletiva

- Realizar avaliação pelo obstetra na Sala de Triagem do COVID-19, utilizando os EPIs indicados (paciente preferencialmente sem acompanhante);
- Encaminhar à maternidade de referência (Maternidade Frei Damião) através do centro estadual de regulação hospitalar COVID-19.

3.3 Gestantes com síndrome gripal e com queixas obstétricas – trabalho de parto em fase ativa avançada ou cesárea de urgência

- Realizar avaliação pelo obstetra na Sala de Triagem do COVID-19, utilizando os EPIs indicados (paciente preferencialmente sem acompanhante);
- Internar em sala isolada no Centro Cirúrgico (Sala de parto normal; Sala de cesárea);
- Encaminhar a puérpera e recém-nascido para a enfermaria DIP (4º andar);
- Coleta de swab para SARS-CoV-2 e notificação na ficha de síndrome gripal (ANEXO 4)
- Avaliar melhor momento para transferência para a maternidade de referência (Maternidade Frei Damião) através do centro estadual de regulação hospitalar COVID-19.

3.4 Gestantes com queixas obstétricas sem queixas respiratórias

- Realizar avaliação pelo obstetra na Sala de Triagem da Maternidade (preferencialmente sem acompanhante);
- Realizar fluxo normal de atendimento na Maternidade.

3.5 Parto em gestantes suspeitas ou confirmadas SARS-CoV-2

- Considerar a possibilidade do parto vaginal, caso a gestante tenha boas condições gerais, sem restrição respiratória e sem comprometimento dos níveis de saturação de O₂;
- Manter a saturação de oxigênio materna $\geq 95\%$ durante todo o trabalho de parto;
- Considerar oxigenoterapia precoce (saturações alvo de O₂ $\geq 95\%$ e/ou pO₂ $\geq 70\text{mmHg}$).



Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP.UOB.002 - Página 4/14	
Título do Documento	ORIENTAÇÕES ESPECÍFICAS PARA ATENDIMENTO E ASSISTÊNCIA AO PARTO DE GESTANTES SUSPEITAS/CONFIRMADAS COVID-19	Emissão: 30/03/2020 Versão: 01	Próxima revisão:

- Realizar o parto (normal ou cesárea) em sala de isolamento com pressão negativa. Mas, para situação de uso de salas de parto comuns, deve-se ressaltar a necessidade de higienização específica, conforme protocolo institucional;

- Restringir a presença de mais de um acompanhante; o acompanhante deve ser do convívio diário da paciente e estar assintomático;

- Monitorar a frequência cardíaca fetal e as contrações uterinas;

- Alterações no padrão da frequência cardíaca fetal podem ser um indicador precoce da piora da respiração materna;

- Planejamento individualizado do parto com abordagem baseada em equipe multidisciplinar;

- Indicar a antecipação do parto, na abordagem dos casos críticos, mesmo em situação de prematuridade;

- Considerar a possibilidade de interrupção da gravidez antes que a viabilidade fetal seja alcançada, nos casos de gravidade extrema, para salvar a vida da mulher, seguindo, para tanto, as diretrizes do abortamento previsto em lei em nosso país;

- Caso seja necessário, administrar a corticoterapia antenatal, analisando caso a caso os riscos e benefícios potenciais;

3.6 Puerpério em pacientes suspeitas ou confirmadas SARS-CoV-2

- Encaminhar puérpera e recém-nascido para a DIP (4º andar), onde o binômio ficará em alojamento conjunto com o berço situado o pelo menos 2 metros da mãe;

- Permitir a presença do acompanhante, se assintomático e do convívio diário da paciente. Deve-se restringir a troca de acompanhantes e proibir visitas;

- Avaliar melhor momento para transferência para a maternidade de referência (Maternidade Frei Damião) através do centro estadual de regulação hospitalar COVID-19.

3.7 Amamentação em pacientes suspeitas ou confirmadas SARS-CoV-2

- Recomendar a amamentação;

- Orientar a mulher que deseja amamentar que higienize as mãos antes de tocar no bebê, em bomba extratora de leite ou, mesmo, em mamadeira;

- Usar máscara facial durante as mamadas;

- Seguir rigorosamente as recomendações para limpeza das ordenhadeiras após cada uso;



Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP.UOB.002 - Página 5/14	
Título do Documento	ORIENTAÇÕES ESPECÍFICAS PARA ATENDIMENTO E ASSISTÊNCIA AO PARTO DE GESTANTES SUSPEITAS/CONFIRMADAS COVID-19	Emissão: 30/03/2020 Versão: 01	Próxima revisão:

- Considerar a possibilidade de solicitar a ajuda de alguém que esteja saudável para oferecer o leite materno ordenhado ao bebê.

3.8 Critérios de encaminhamento à UTI

- Pacientes que apresentem pelo menos um dos critérios devem ser avaliadas quanto à admissão na **UTI**

- qSOFA ≥ 2 (PAS <100 mmHg – 1 ponto, FR > 22 irpm – 1 ponto, Glasgow < 15 – 1 ponto);
- qSOFA= 1 e sO₂ $\leq 92\%$;
- Insuficiência respiratória aguda com necessidade de ventilação mecânica invasiva;
- Necessidade de oxigênio suplementar acima de 2L/min para saturação acima de 92%;
- Hipotensão arterial (PAM < 65 mmhg ou PAS < 90 mmHg);
- Frequência respiratória acima de 30 ipm persistente;
- Rebaixamento do nível de consciência.

- A depender da gravidade do quadro a paciente que necessitar de UTI será encaminhada para a maternidade de referência.

3.9 Notificação das gestantes

- Notificar a gestante internada (obstetra que realizou o atendimento), na ficha de Síndrome Gripal (SG - anexo 4) e Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG – anexo 5), bem como preencher o Gerenciador de Amostra Laboratorial (GAL), ambas disponíveis no centro cirúrgico e imprescindíveis para o processamento da amostra pelo LACEN – PB.

- Os casos leves, suspeitos, que não colheram swab e que receberam orientações de isolamento domiciliar devem ser notificados na ficha de SÍNDROME GRIPAL caso suspeito (anexo 3)

4. REFERÊNCIAS

RECOMENDAÇÕES DA SOGIRGS DURANTE A PANDEMIA PELO NOVO COVID-19.
<https://sogirgs.org.br/recomendacoes-da-sogirgs-durante-a-pandemia-pelo-novo-coronavirus-covid-19/>



Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP.UOB.002 - Página 6/14	
Título do Documento	ORIENTAÇÕES ESPECÍFICAS PARA ATENDIMENTO E ASSISTÊNCIA AO PARTO DE GESTANTES SUSPEITAS/CONFIRMADAS COVID-19	Emissão: 30/03/2020 Versão: 01	Próxima revisão:

NOTA COMPLEMENTAR SOBRE COVID-19 E ALEITAMENTO MATERNO.
<https://www.febrasgo.org.br/pt/covid19/item/957-notula-complementar-sobre-covid-19-e-aleitamento-materno>

NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 04/2020 ; ORIENTAÇÕES PARA SERVIÇOS DE SAÚDE: MEDIDAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE QUE DEVEM SER ADOTADAS DURANTE A ASSISTÊNCIA AOS CASOS SUSPEITOS OU CONFIRMADOS DE INFECÇÃO PELO NOVO CORONAVÍRUS (SARS-CoV-2) atualizada em 21/03/2020.

ATENÇÃO ÀS GESTANTES NO CONTEXTO DA INFECÇÃO SARS-COV-2. NOTA TÉCNICA Nº 6/2020-COSMU/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS.

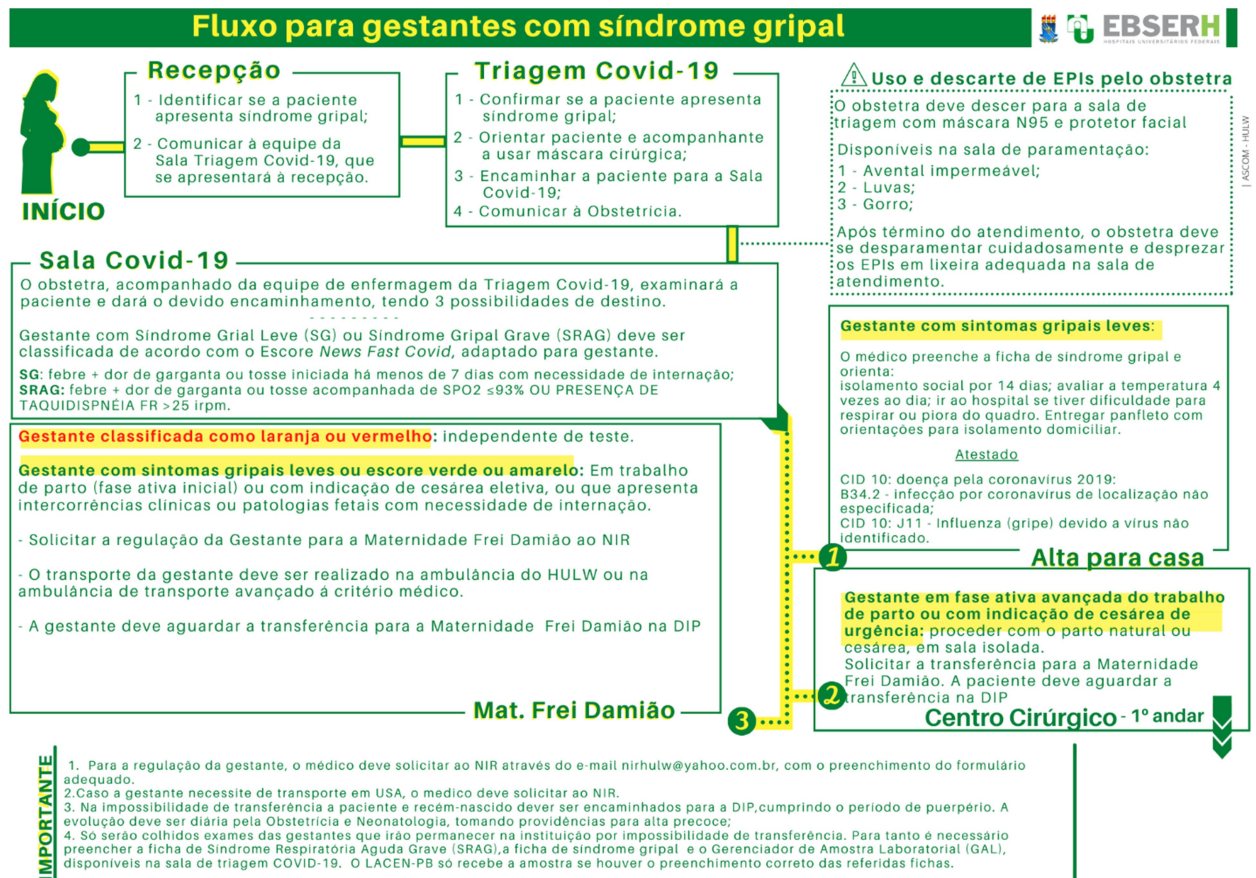
DIRETRIZES PARA DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA COVID-19. Ministério da Saúde. Brasília – DF 17 de abril de 2020 versão 3. Disponível em: <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/Abril/18/Diretrizes-Covid19.pdf>

5. HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
01	28/03/2020	Elaboração de Procedimento para orientações específicas para atendimento e assistência ao parto de gestantes suspeitas/confirmadas covid-19

Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP.UOB.002 - Página 7/14	
Título do Documento	ORIENTAÇÕES ESPECÍFICAS PARA ATENDIMENTO E ASSISTÊNCIA AO PARTO DE GESTANTES SUSPEITAS/CONFIRMADAS COVID-19	Emissão: 30/03/2020 Versão: 01	Próxima revisão:

ANEXO 1 – FLUXO DE ATENDIMENTO À GESTANTE NA MATERNIDADE DO HULW





Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP.UOB.002 - Página 8/14	
Título do Documento	ORIENTAÇÕES ESPECÍFICAS PARA ATENDIMENTO E ASSISTÊNCIA AO PARTO DE GESTANTES SUSPEITAS/CONFIRMADAS COVID-19	Emissão: 30/03/2020 Versão: 01	Próxima revisão:

ANEXO 2 – ORIENTAÇÕES PARA O TRATAMENTO DOMICILIAR



Orientações para o Isolamento Domiciliar COVID-19

CUIDADOS PARA O PACIENTE

- Realizar higiene das mãos frequentemente utilizando água e sabão ou com álcool gel.
- Manter distância de, pelo menos, 2 metros, de pessoas sem sintomas.
- Utilizar máscara cirúrgica comum a maior parte do tempo. Se estiver sem a máscara, cobrir a boca e o nariz com um lenço descartável ao tossir ou espirrar. Limpar as mãos imediatamente após tossir ou espirrar.
- Não compartilhe objetos de uso pessoal, como talheres, toalhas, pratos e copos.
- No quarto usado para o isolamento, mantenha as janelas abertas para circulação do ar, a porta fechada durante todo o isolamento e limpe a maçaneta frequentemente com álcool 70% ou água sanitária.
- Depois de usar o banheiro, nunca deixe de lavar as mãos com água e sabão e sempre limpe vaso, pia e demais superfícies com álcool ou água sanitária para desinfecção do ambiente.
- Se for preciso cozinhar, use máscara de proteção, cobrindo boca e nariz todo o tempo.
- Realizar o isolamento domiciliar por 14 dias.

CUIDADOS PARA AS PESSOAS QUE VIVEM NO MESMO DOMICÍLIO DO PACIENTE

- Realizar também a lavagem de mãos de maneira frequente, com água e sabão ou álcool gel.
- Manter distância de, pelo menos, 2 metros do paciente.
- Usar uma máscara cirúrgica quando estiver no mesmo ambiente que o paciente.
- Manter as janelas do domicílio abertas o maior tempo possível.
- O lixo produzido pelo paciente contaminado precisa ser separado e descartado.
- Se uma pessoa da casa tiver diagnóstico positivo, todos os moradores ficam em isolamento por 14 dias também.
- Caso outro familiar da casa também inicie os sintomas leves, ele deve reiniciar o isolamento de 14 dias. Se os sintomas forem graves, como dificuldade para respirar, ele deve procurar orientação médica.

EM RELAÇÃO ÀS MÁSCARAS CIRÚRGICAS

- Devem cobrir o nariz e a boca.
- Evitar tocar a máscara enquanto a estiver utilizando.
- Trocar de máscara assim que ela ficar úmida ou a cada 2 horas (se utilizá-la continuamente).
- Não reutilizar a máscara descartável.
- Jogar a máscara no lixo imediatamente após sua remoção.

EM RELAÇÃO ÀS MÁSCARAS DE TECIDO

- A máscara de tecido é de uso individual e não deve ser compartilhada.
- Mesmo de máscara mantenha a distância de 1 metro de outra pessoa.
- A máscara deve cobrir nariz e boca, sem deixar espaços e usar por no máximo 3 horas.
- Lavar a máscara com água e sabão, em seguida deixar de molho em solução com água e água sanitária (2 colheres de água sanitária em 1l de água) por 30 minutos e enxaguar com água corrente.
- Essa máscara não deve ser usada em pacientes contaminados ou suspeitos (com sintomas).

SINAIS DE ALERTA

Caso perceba os seguintes sintomas, busque por um serviço de saúde:

- FALTA DE AR, DORES NO PEITO, TONTURA, CONFUSÃO MENTAL, FRAQUEZA, DIFICULDADE PARA SE HIDRATAR, FEBRE QUE NÃO SE CONTROLE COM ANTITÉRMICOS.

AO SAIR DE CASA PARA BUSCAR UM SERVIÇO DE SAÚDE, SEMPRE UTILIZE MÁSCARA. AO CHEGAR, ALERTE AO PRIMEIRO FUNCIONÁRIO QUE IDENTIFICAR QUE SE ENCONTRA EM VIGILÂNCIA PARA CORONAVÍRUS.



Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP.UOB.002 - Página 9/14	
Título do Documento	ORIENTAÇÕES ESPECÍFICAS PARA ATENDIMENTO E ASSISTÊNCIA AO PARTO DE GESTANTES SUSPEITAS/CONFIRMADAS COVID-19	Emissão: 30/03/2020 Versão: 01	Próxima revisão:

ANEXO 3– FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE SÍNDROME GRIPAL (SG) SUSPEITO

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Nº _____

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 sensação febril ou febre, mesmo que relatada, acompanhada de tosse OU dor de garganta OU coriza.
Em crianças: 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.

UF: _____ Município de Notificação: _____


IDENTIFICAÇÃO	Tem CPF? (Marcar X) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Estrangeiro: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	É profissional de saúde? (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	Passaporte: _____		
	CEP: _____			
	UF: _____	Município de Residência: _____		
	Logradouro: _____	Número: _____		
Complemento: _____		Bairro: _____		
Telefone Celular: _____		Telefone do contato: _____		
Data da Notificação: _____				
DADOS CLÍNICOS EPIDEMIOLÓGICOS	Sintomas: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Dor de Garganta <input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Outros _____		Data do início dos sintomas: _____	
	Condições: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Doenças respiratórias crônicas descompensadas <input type="checkbox"/> Doenças cardíacas crônicas <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Doenças renais crônicas em estágio avançado (graus 3, 4 e 5) <input type="checkbox"/> Imunossupressão <input type="checkbox"/> Gestante de alto risco <input type="checkbox"/> Portador de doenças cromossômicas ou estado de fragilidade imunológica			
	Estado do Teste: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Solicitado <input type="checkbox"/> Coletado <input type="checkbox"/> Concluído	Data da Coleta do Teste: _____	Tipo de Teste: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Teste rápido – anticorpo <input type="checkbox"/> Teste rápido – antígeno <input type="checkbox"/> RT - PCR	Resultado do teste: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Positivo
	Classificação final: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Confirmação laboratorial <input type="checkbox"/> Confirmação clínico epidemiológico <input type="checkbox"/> Descartado		Evolução do caso: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Cancelado <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Cura <input type="checkbox"/> Internado <input type="checkbox"/> Internado em UTI <input type="checkbox"/> Em tratamento domiciliar	
	Data de encerramento: _____			
	Informações complementares e observações			
	Observações Adicionais			

e-SUS VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA 03/04/2020



Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP.UOB.002 - Página 10/14	
Título do Documento	ORIENTAÇÕES ESPECÍFICAS PARA ATENDIMENTO E ASSISTÊNCIA AO PARTO DE GESTANTES SUSPEITAS/CONFIRMADAS COVID-19	Emissão: 30/03/2020 Versão: 01	Próxima revisão:

ANEXO 4 - FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE SÍNDROME GRIPAL (SG)



Nº _____

SIVPE Gripe

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DA GRIPE

18/03/20

FICHA DE REGISTRO INDIVIDUAL - CASOS DE SÍNDROME GRIPAL QUE REALIZARAM COLETA DE AMOSTRA

CASO DE SÍNDROME GRIPAL (SG):
Indivíduo com febre, mesmo que referida, acompanhada de tosse ou dor de garganta e com início dos sintomas nos últimos 7 dias.

1 Data do preenchimento: ____/____/____

2 UF: ____ 3 Município: _____ Código (IBGE): ____/____/____

4 Unidade Sentinela: _____ Código (CNES): ____/____/____

Dados do Paciente	5 Nome: _____	6 Sexo: 1-Masculino 2-Feminino __ 9-Ignorado
	7 Data de nascimento: ____/____/____	8 (ou) Idade: ____ ____ ____ 1-Dia 2-Mês 3-Ano __
	10 Gestante: __ 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4-Idade Gestacional Ignorada 5-Não 6-Não se aplica 9-Ignorado	9 Ocupação: _____
	11 Raça/Cor: __ 1-Branca 2-Negra 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9-Ignorado	
12 Se indígena, qual etnia? _____		
13 Escolaridade: __ 0-Sem escolaridade/Analfabeto 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		
14 Nome da mãe: _____		

Dados de Residência	15 CEP: ____-____/____
	16 UF: ____ 17 Município: _____ Código (IBGE): ____/____/____
	18 Bairro: _____ 19 Logradouro (Rua, Avenida, etc.): _____ 20 Nº _____
	21 Complemento (apto, casa, etc.) _____ 22 (DDD) Telefone: ____-____/____/____
23 Zona: __ 1-Urbana 2-Rural 3-Periurbana 9-Ignorado	24 País: (se residente fora do Brasil) _____


Dados Clínicos e Epidemiológicos	25 Paciente trabalha ou tem contato direto com aves ou suínos? __ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	
	26 Data dos 1ºs Sintomas: ____/____/____	27 Sinais e Sintomas: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado __ Febre __ Tosse __ Dor de Garganta __ Outros _____
	28 Fatores de risco: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado __ Puérpera (até 42 dias do parto) __ Doença Cardiovascular Crônica __ Pneumopatia Crônica __ Síndrome de Down __ Doença Hepática Crônica __ Obesidade, IMC ____ __ Diabetes mellitus __ Doença Neurológica Crônica __ Outros _____ __ Imunodeficiência/Imunodepressão __ Doença Renal Crônica _____	
	29 Recebeu vacina contra Gripe? (últimos 12 meses) __	30 Nº de doses __ 1-1 dose 2-2 doses __
	31 Data da última dose ____/____/____	



Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP.UOB.002 - Página 12/14	
Título do Documento	ORIENTAÇÕES ESPECÍFICAS PARA ATENDIMENTO E ASSISTÊNCIA AO PARTO DE GESTANTES SUSPEITAS/CONFIRMADAS COVID-19	Emissão: 30/03/2020 Versão: 01	Próxima revisão:

ANEXO 5 - SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE (SRAG)

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

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 1 ^{as} sintomas da SRAG:	
3	UF:	4	Município:	
			Código (IBGE):	
5	Unidade de Saúde:		Código (CNES):	
6	CNS do cidadão: _____			
7	Nome:	8	Sexo: _____ 1-Masculino 2-Feminino 9-ignorado	
9	Data de nascimento:	10	(ou) Idade: _____ 1-Dia 2-Mês 3-Ano	
11	Gestante: _____ 1-1 ^o Trimestre 2-2 ^o Trimestre 3-3 ^o Trimestre 4-idade Gestacional ignorada 5-Não 6-Não se aplica 9-ignorado			
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/Analfabeto 1-Fundamental 1 ^o ciclo (1 ^a a 5 ^a série) 2-Fundamental 2 ^o ciclo (6 ^a a 9 ^a série) 3-Médio (1 ^o ao 3 ^o ano) 4-Superior 5-Não se aplica 9-ignorado			
15	Nome da mãe: _____			
16	CEP: _____			
17	UF:	18	Município:	
			Código (IBGE):	
19	Bairro:	20	Logradouro (Rua, Avenida, etc.):	
		21	Nº:	
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)	
26	É caso proveniente de surto de SG que evoluiu para SRAG? _____ 1-Sim 2-Não 9-ignorado			
27	Trata-se de caso com infecção de SRAG adquirida após internação hospitalar? _____ 1-Sim 2-Não 9-ignorado			
28	Paciente trabalha ou tem contato direto com aves ou suínos? _____ 1-Sim 2-Não 9-ignorado			
29	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 _____			
30	Possui fatores de risco/comorbidades? _____ 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 _____			
31	Recebeu vacina contra Gripe na última campanha?		32	Data da vacinação:
	_____ 1-Sim 2-Não 9-ignorado			_____
	Se < 6 meses: a mãe recebeu a vacina? _____ 1-Sim 2-Não 9-ignorado		Se sim, data: _____	
	a mãe amamenta a criança? _____ 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 1 ^a dose: _____ (1 ^a dose para crianças vacinadas pela primeira vez)			
	Data da 2 ^a dose: _____ (2 ^a dose para crianças vacinadas pela primeira vez)			




Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP.UOB.002 - Página 13/14	
Título do Documento	ORIENTAÇÕES ESPECÍFICAS PARA ATENDIMENTO E ASSISTÊNCIA AO PARTO DE GESTANTES SUSPEITAS/CONFIRMADAS COVID-19	Emissão: 30/03/2020 Versão: 01	Próxima revisão:

Dados de Atendimento	33 Usou antiviral para gripe? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-ignorado	34 Qual antiviral? <input type="checkbox"/> 1-Oseltamivir 2-Zanamivir 3-Outro, especifique: _____	35 Data início do tratamento ____ ____ ____	
	36 Houve internação? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-ignorado	37 Data da internação por SRAG: _____	38 UF de internação: _____	
	39 Município de internação: _____	Código (IBGE): _____		
	40 Unidade de Saúde de internação: _____	Código (CNES): _____		
	41 Internado em UTI? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-ignorado	42 Data da entrada na UTI: _____	43 Data da saída da UTI: _____	
	44 Uso de suporte ventilatório: <input type="checkbox"/> 1-Sim, invasivo 2-Sim, não invasivo 3-Não 9-ignorado	45 Raio X de Tórax: <input type="checkbox"/> 1-Normal 2-infiltrado intersticial 3-Consolidação 4-Misto 5-Outro: _____ 6-Não realizado 9-ignorado	46 Data do Raio X: _____	
	47 Coletou amostra? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-ignorado	48 Data da coleta: _____	49 Tipo de amostra: <input type="checkbox"/> 1-Secreção de Naso-orofaringe 2-Lavado Broco-alveolar 3-Tecido post-mortem 4-Outra, qual? _____ 9-ignorado	
	50 Nº Requisição do GAL: _____	51 Resultado da IF: <input type="checkbox"/> 1-Positivo 2-Negativo 3-Inconclusivo 4-Não realizado 5-Aguardando resultado 9-ignorado		
	52 Data do resultado da IF: _____			
	Dados Laboratoriais	53 Agente Etiológico – IF: Positivo para Influenza? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-ignorado Se sim, qual influenza? <input type="checkbox"/> 1- Influenza A 2- Influenza B Positivo para outros vírus? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-ignorado Se outros vírus respiratórios qual(is)? (marcar X) <input type="checkbox"/> Vírus Sincicial Respiratório <input type="checkbox"/> Parainfluenza 1 <input type="checkbox"/> Parainfluenza 2 <input type="checkbox"/> Parainfluenza 3 <input type="checkbox"/> Adenovírus <input type="checkbox"/> Outro vírus respiratório, especifique: _____		
54 Laboratório que realizou IF: _____		Código (CNES): _____		
55 Resultado da RT-PCR: <input type="checkbox"/> 1-Detectável 2-Não Detectável 3-Inconclusivo 4-Não realizado 5-Aguardando resultado 9-ignorado		56 Data do resultado RT-PCR: _____		
57 Agente Etiológico – RT-PCR: Positivo para Influenza? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-ignorado Se sim, qual influenza? <input type="checkbox"/> 1- Influenza A 2- Influenza B Influenza A, qual subtipo? <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"/> 1-Vitória 2-Yamagata 3-Não realizado 4-Inconclusivo 5-Outro, especifique: _____ Positivo para outros vírus? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-ignorado Se outros vírus respiratórios, qual(is)? (marcar X) <input type="checkbox"/> Vírus Sincicial Respiratório <input type="checkbox"/> Parainfluenza 1 <input type="checkbox"/> Parainfluenza 2 <input type="checkbox"/> Parainfluenza 3 <input type="checkbox"/> Parainfluenza 4 <input type="checkbox"/> Adenovírus <input type="checkbox"/> Metapneumovírus <input type="checkbox"/> Bocavírus <input type="checkbox"/> Rinovírus <input type="checkbox"/> Outro vírus respiratório, especifique: _____				
58 Laboratório que realizou RT-PCR: _____		Código (CNES): _____		
59 Classificação final do caso: <input type="checkbox"/> 1-SRAG por influenza 2-SRAG por outro vírus respiratório 3-SRAG por outro agente etiológico, qual _____ 4-SRAG não especificado				
60 Critério de Encerramento: <input type="checkbox"/> 1-Laboratorial 2-Vínculo-Epidemiológico 3-Clinico				
Conclusão		61 Evolução do Caso: <input type="checkbox"/> 1-Cura 2-Óbito 9-ignorado	62 Data da alta ou óbito: _____	63 Data do Encerramento: _____
		64 OBSERVAÇÕES:		
65 Profissional de Saúde Responsável: _____		66 Registro Conselho/Matrícula: _____		



Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP.UOB.002 - Página 14/14	
Título do Documento	ORIENTAÇÕES ESPECÍFICAS PARA ATENDIMENTO E ASSISTÊNCIA AO PARTO DE GESTANTES SUSPEITAS/CONFIRMADAS COVID-19	Emissão: 30/03/2020 Versão: 01	Próxima revisão:

Elaboração Renata de Medeiros Wanderley Gadelha	Data: 30/03/2020 (1ª. Versão) 2ª. versão 19/05/2020
Revisão Sabina Bastos Maia	Data: 19/05/2020
Validação Lecidamia Cristina Leite Damascena	Data: 19/05/2020
Aprovação (Nome, Função, Assinatura)  Renata de Medeiros W. Gadelha Chefe da Unidade Materno Infantil HULW/EBSERH Matricula Siope 2215852 CRM 5561	Data: <u>22 / 05 / 2020</u>

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