


 MINISTÉRIO DA  
SAÚDE

 Resize font:  
[Returning?](#)

## Ficha de notificação para casos suspeitos e prováveis de Novo Coronavírus (2019-nCoV)

### Definição de Caso Suspeito:

Critérios clínicos		Critérios epidemiológicos
Febre <b>e</b> sintomas respiratórios (por exemplo, tosse e dificuldade para respirar)	e	Nos últimos 14 dias antes do início dos sintomas, histórico de viagem a área com transmissão local*
Febre <b>ou</b> sintomas respiratórios (por exemplo, tosse e dificuldade para respirar)	e	Nos últimos 14 dias antes do início dos sintomas, tenha tido contato próximo <b>ou domiciliar</b> com <b>caso suspeito ou confirmado</b> para o novo coronavírus (COVID-19),

### Definição de Caso Provável:

Critérios clínicos		Critérios epidemiológicos
Febre <b>ou</b> sintomas respiratórios (por exemplo, tosse e dificuldade para respirar)	e	Nos últimos 14 dias antes do início dos sintomas, tenha tido contato próximo <b>ou domiciliar</b> com <b>caso confirmado</b> para o novo coronavírus (COVID-19),

### GLOSSÁRIO

**¥FEBRE:** Febre 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 e a decisão deve ser registrada na ficha de notificação.

**¢CONTATO:** Contato próximo é definido como estar a aproximadamente dois metros de um paciente com suspeita de Doença pelo Coronavírus 2019 (COVID-19). Contato é definido como: Toda pessoa que convive no mesmo ambiente com o caso suspeito ou confirmado. Esse convívio pode se dar em casa e/ou em ambientes de trabalho, instituições de longa permanência, sala ou área de atendimento, aeronaves e outros meios de transporte, escola ou pré-escola. A avaliação do grau de exposição do contato deve ser individualizada, considerando-se, o ambiente e o tempo de exposição. O contato 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.

### Identificação do paciente:

Data da notificação:

 D-M-Y H:M

\* must provide value

Número do cartão SUS (CNS):

Não é obrigatório o preenchimento



CPF:

Não é obrigatório o preenchimento

Nome completo do paciente:

\* must provide value

Preencher com o nome completo do caso

<b>Sexo:</b>	<input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Feminino	<a href="#">reset</a>
<b>Data de nascimento:</b>	<input type="text"/>  Today D-M-Y	
<b>Idade em anos:</b>	<input type="text"/>	
<b>Nome da mãe:</b>	<input type="text"/>	<i>* must provide value</i>
<b>Nacionalidade</b>	<input type="text" value="▼"/>	
<b>País de residência:</b>	<input type="text" value="▼"/>	<i>* must provide value</i>
<b>Endereço completo:</b>	<input type="text"/>	
<b>CEP residência:</b>	<input type="text"/>	
<b>Dados do caso</b>		
<b>Data dos primeiros sintomas:</b>	<input type="text"/>  Today D-M-Y	
<b>Selecione os sintomas apresentados</b>	<input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Dor de garganta <input type="checkbox"/> Dificuldade de respirar <input type="checkbox"/> Mialgia/artralgia <input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Náusea/vômitos <input type="checkbox"/> Cefaleia (dor de cabeça) <input type="checkbox"/> Coriza <input type="checkbox"/> Irritabilidade/confusão <input type="checkbox"/> Adinamia (fraqueza) <input type="checkbox"/> Produção de escarro <input type="checkbox"/> Calafrios <input type="checkbox"/> Congestão nasal <input type="checkbox"/> Congestão conjuntival <input type="checkbox"/> Dificuldade para deglutir <input type="checkbox"/> Manchas vermelhas pelo corpo <input type="checkbox"/> Gânglios linfáticos aumentados <input type="checkbox"/> Batimento das asas nasais <input type="checkbox"/> Saturação de O2 < 95% <input type="checkbox"/> Sinais de cianose, <input type="checkbox"/> Tiragem intercostal <input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Outros	

<b>Selecione os sinais clínicos observados:</b>	<input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Exsudato faríngeo <input type="checkbox"/> Convulsão <input type="checkbox"/> Conjuntivite <input type="checkbox"/> Coma <input type="checkbox"/> Dispneia/Taquipneia <input type="checkbox"/> Alteração de ausculta pulmonar <input type="checkbox"/> Alteração na radiologia de tórax <input type="checkbox"/> Outros
<b>Morbidades prévias (selecionar todas morbidades pertinentes):</b>	<input type="checkbox"/> Doença cardiovascular, incluindo hipertensão <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Doença hepática <input type="checkbox"/> Doença neurológica crônica ou neuromuscular <input type="checkbox"/> Imunodeficiência <input type="checkbox"/> Infecção pelo HIV <input type="checkbox"/> Doença renal <input type="checkbox"/> Doença pulmonar crônica <input type="checkbox"/> Neoplasia (tumor sólido ou hematológico)
<b>Paciente foi hospitalizado?</b>	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe <a href="#">reset</a>
<b>Situação de saúde do paciente no momento da notificação:</b>	<input type="radio"/> Óbito <input type="radio"/> Cura <input type="radio"/> Sintomático <input type="radio"/> Ignorado <a href="#">reset</a>
<b>Foi realizada coleta de amostra do paciente?</b>	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe <a href="#">reset</a>
<b>Dados de exposição e viagens</b>	
<b>Paciente tem histórico de viagem para fora do Brasil até 14 dias antes do início dos sintomas?</b>	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe <a href="#">reset</a>
<b>O paciente teve contato próximo com uma pessoa que seja caso SUSPEITO de Novo Coronavírus (2019-nCoV)?</b>	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe <a href="#">reset</a>
<b>O paciente teve contato próximo com uma pessoa que seja caso CONFIRMADO de Novo Coronavírus (2019-nCoV)?</b>	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe <a href="#">reset</a>
<b>Esteve em alguma unidade de saúde nos 14 dias antes do início dos sintomas?</b>	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe <a href="#">reset</a>

<b>Ocupação do caso suspeito:</b>	<input type="radio"/> Profissional de saúde <input type="radio"/> Estudante da área de saúde <input type="radio"/> Profissional de laboratório <input type="radio"/> Trabalha em contato com animais <input type="radio"/> Outros	<a href="#">reset</a>
<b>Teve contato próximo com animais em áreas afetadas?</b>	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe	<a href="#">reset</a>
<b>Identificação da unidade notificadora:</b>		
<b>Origem da notificação:</b>	<input type="text"/>	
<b>Estado de notificação (UF)?</b> <small>* must provide value</small>	<input type="text"/>	
<b>Município de notificação</b>	<input type="text"/>	
<b>Nome do notificador:</b>	<input type="text"/>	
<b>Profissão ou ocupação:</b>	<input type="text"/>	
<b>Telefone de contato do notificador/unidade notificante:</b>	<input type="text"/>	
<b>E-mail do notificador/unidade notificadora:</b>	<input type="text"/>	
<b>Classificação automatizada dos casos suspeitos e prováveis:</b>	<input type="text"/>	0-Provável, 1-Suspeito, 2-Excluído
<p><b>SUSPEITO</b></p> <p>SITUAÇÃO 1: pessoa que apresente febre <b>E</b> pelo menos um dos sinais ou sintomas respiratórios</p> <p style="text-align: center;">+</p> <p>Histórico de viagem para país com transmissão sustentada OU área com transmissão local nos últimos 14 dias</p> <p style="text-align: center;"><b>OU</b></p> <p>SITUAÇÃO 2: Pessoa que apresente febre <b>OU</b> pelo menos um sinal ou sintoma respiratório</p> <p style="text-align: center;">+</p> <p>Histórico de contato com caso suspeito ou confirmado para COVID-19, nos últimos 14 dias</p> <p><b>PROVÁVEL</b></p> <p>SITUAÇÃO 3: Pessoa que manteve contato domiciliar com caso confirmado por COVID-19 nos últimos 14 dias</p> <p style="text-align: center;">+</p> <p>Apresente pelo menos um sinal ou sintoma respiratório <b>OU</b> febre.</p>		

**ATENÇÃO!!**

**SE VOCÊ DESEJA RETORNAR A FICHA, AO TERMINAR O PREENCHIMENTO, CLICAR NO BOTÃO "Save & Return Later"**

**UM CÓDIGO SERÁ FORNECIDO PARA RETORNAR A FICHA, ANOTE ESSE CÓDIGO E GUARDE EM LOCAL SEGURO.**

**CASO JÁ TENHA INSERIDO TODAS AS INFORMAÇÕES E NÃO FOR RETORNAR A FICHA CLICAR EM "Submit".**

**Submit**

**Save & Return Later**