



FLUXO ATENDIMENTO DOENÇA POR NOVO CORONAVÍRUS (COVID-19 – CID B34.2)

CASO SUSPEITO: FEBRE + SINTOMAS RESPIRATÓRIOS (por exemplo, tosse e falta de ar)

E nos últimos 14 dias história de: viagem para locais com transmissão comunitária OU contato próximo com caso suspeito ou confirmado de infecção pelo novo coronavírus, durante fase transmissão.

Classificação Clínica do Caso: Caso leve, moderado ou grave

DOENÇA RESPIRATÓRIA
Sem sinais de Insuf. respiratória
Sem sinais de alarme

CASO LEVE

- Atendimento ambulatorial
- Coletar 1 amostra resp. (swab NF em MTV). Combinar com epidemio.
- Notificar epidemiologia (DS, email)
- Tratamento em domicílio
- Repouso, Isolamento domiciliar, Hidratação oral, Tamiflu (influenza?) e sintomáticos, conforme indicado.
- Orientar sobre sinais de alarme*
- Avisar sobre o acompanhamento do caso pela epidemiologia
- Retorno imediato se reaparecimento de febre alta ou sinais de alarme*

DOENÇA RESPIRATÓRIA com satO2 \geq 95% em pacientes vulneráveis como gestantes e puérperas, lactentes, idosos e portadores de doenças crônicas (doença pulmonar, cardiopatia, imunodeprimidos, diabéticos, etc.).

CASO LEVE EM POPULAÇÃO VULNERÁVEL

- Atendimento ambulatorial
- Notificar epidemiologia (DS, email), com todos os dados
- Coletar 1 amostra respiratória (swab NF em MTV). Combinar com epidemio (DS ou plantão). Ver Obs. abaixo
- Manejo e tratamento conforme avaliação clínica
- Repouso, Isolamento domiciliar, Hidratação oral, Sintomáticos, Tamiflu (se suspeita influenza), etc.
- Orientar sobre sinais de alarme*
- Avisar sobre o acompanhamento do caso pela epidemiologia
- Retorno imediato se reaparecimento de febre ou sinais de alarme*

DOENÇA RESPIRATÓRIA COM SINAIS DE ALARME*

- Sat O2 entre 90 e 95%
- Sinais de esforço respiratório
- Dispneia ou “falta de ar”
- Taquipneia (>22ipm)
- Vômitos incoercíveis
- Desidratação ou Hipotensão art.
- Confusão mental discreta
- Letargia ou Irritabilidade

CASO MODERADO

- Atendimento em PA ou encaminhamento para hospital pelo Central de leitos.
- Notificar epidemiologia imediatamente (com todos dados)
- Raio X de tórax ou Tomografia de tórax, se possível
- Coletar a amostra respiratória e outros exames conforme o quadro clínico (hemograma, função renal e hepática, CPK, LDH e eletrólitos, coagulação, gasometria arterial, etc.)
- Manejo clínico conforme quadro geral (O2, Tamiflu, ATB, etc)
- Internamento em quarto (isolamento) ou conforme indicado

DOENÇA GRAVE COM INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA

- Sat O2 <90% ou Cianose
- Pneumonia c/ sinais de alarme
- Comprometimento de órgãos vitais

CASO GRAVE

- Notificar epidemiologia imediatamente (com todos dados)
- Solicitar Internação em UTI, Assistência ventilatória conforme indicado
- Avaliar indicação antimicrobiana (Tamiflu, ATB, etc.)
- Coletar amostra respiratória e outros exames conforme o quadro clínico (Hemograma, coagulação função renal e hepática, CPK, LDH e eletrólitos, gasometria arterial, etc.)
- Raio X de Tórax (ou Tomografia de tórax, se possível)

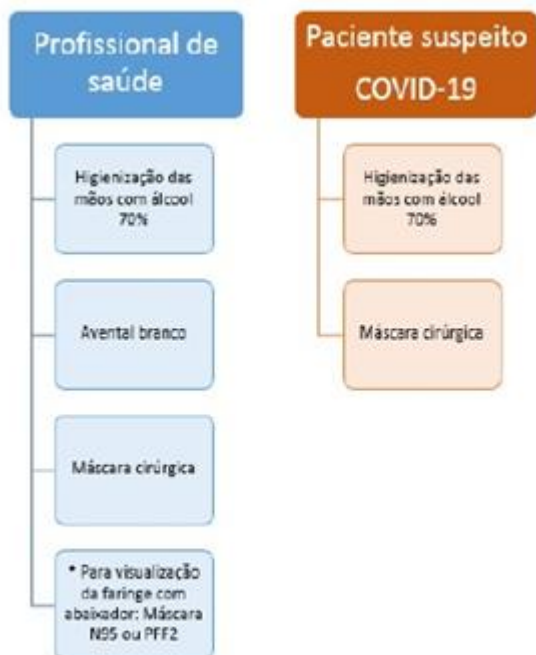


HIGIENIZAÇÃO DE MÃOS E UTILIZAÇÃO DE EPIs PARA CASOS SUSPEITOS COVID-19

Recepção da US



Atendimento Caso Suspeito Consultório ou Sala disponível



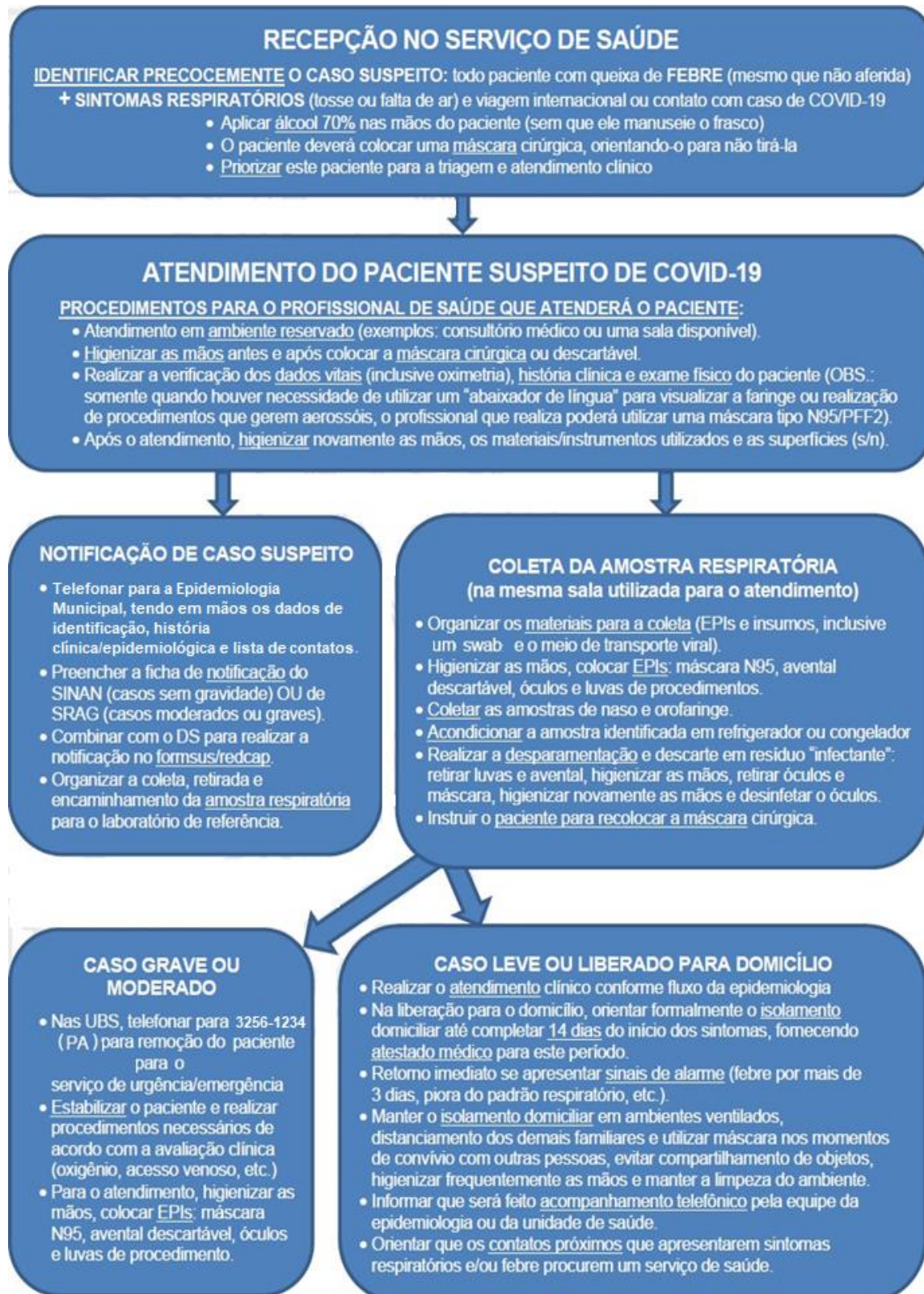
Coleta de amostra respiratória Consultório ou Sala disponível



Observação: Os EPI's descartáveis utilizados devem ser desprezados como resíduo infectante do Grupo A (saco branco leitoso).



ATENDIMENTO DE CASOS SUSPEITOS DE COVID-19 (CID B34.2) NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DA DMS – PORTO AMAZONAS

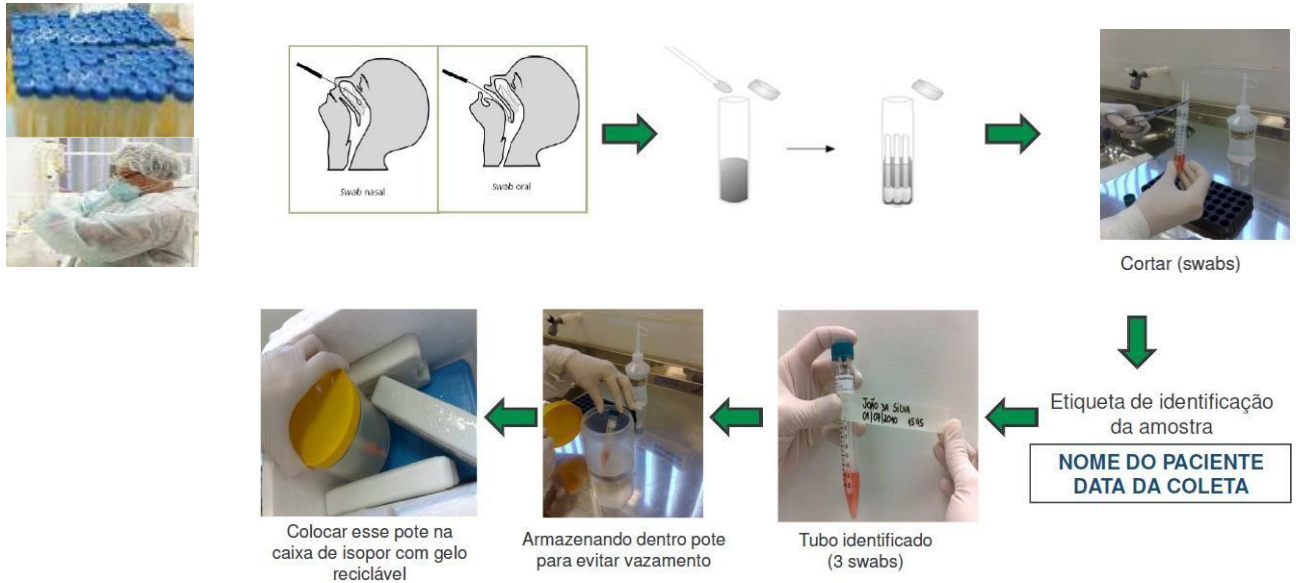




DIAGNÓSTICO LABORATORIAL

COLETA DE SECREÇÃO DE NASOFARINGE (1 amostra)

1. A coleta da amostra de secreção respiratória é feita preferencialmente por swab combinado (secreção de naso e orofaringe: coleta com 1 swabs de Rayon acondicionados juntos em 1 frasco com meio de transporte viral).



2. A amostra coletada deverá ser encaminhada ao LACEN/PR (Setor de Biologia Molecular) para a **pesquisa de vírus Influenza e outros vírus respiratórios**. A requisição deverá ser feita no GAL (Gerenciador de Ambiente Laboratorial, sistema eletrônico do LACEN/PR)
Campo "FINALIDADE": selecionar "Investigação"
Campo "DESCRIÇÃO": COVID-19
Campo "AGRAVO": COVID-19
NOTIFICAÇÃO SINAN: COVID-19
Campo "PESQUISA": Pesquisa de Vírus Respiratório.
Incluir também a indicação da suspeita de COVID-19 (novo coronavírus) no campo "Observações" do GAL, assim como a cronologia das **viagens e dos sintomas**.
3. A caixa de isopor com a amostra deve ser identificada e a requisição do GAL impressa afixada na parte externa da caixa. No momento do transporte, preparar o isopor com "gelox" congelados, colocar o pote de plástico, que contém o frasco identificado, com o meio de transporte viral e a amostra coletada dentro da caixa de isopor e lacrá-la com fita adesiva.



4. Se a amostra não puder ser transportada logo após a coleta, deve-se identificar bem o frasco, guardá-lo dentro do pote de plástico, congelar em freezer até o momento do transporte ou acondicioná-lo na geladeira de amostras, onde não seja manuseado até o transporte ao LACEN/PR.
5. Observações:
 - Preferencialmente acondicionar a amostra respiratória do paciente em um pote plástico;
 - Não armazenar estas amostras em geladeira de alimentos, medicamentos ou de vacinas;
 - Não colocar a caixa de isopor dentro da geladeira.



ESTADO DO PARANÁ
MUNICÍPIO DE PORTO AMAZONAS
DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

ATUALIZADO EM 18/03/2020.

FICHA DE NOTIFICAÇÃO PARA PACIENTE **SEM CRITÉRIO DE GRAVIDADE**

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE NOTIFICAÇÃO

Nº

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 1 - Negativa 2 - Individual 3 - Surto 4 - Inquérito Tracoma <input type="checkbox"/>	3 Data da Notificação		
	2 Agravado/doença	4 UF 5 Município de Notificação	Código (IBGE)	
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código	7 Data dos Primeiros Sintomas	
	8 Nome do Paciente	9 Data de Nascimento		
Notificação Individual	10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	11 Sexo M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino I - Ignorado	12 Gestante 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado	13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado
	14 Escolaridade 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica	15 Número do Cartão SUS	16 Nome da mãe	
	17 Data dos 1 ^{os} Sintomas do 1º Caso Suspeito	19 Local Inicial de Ocorrência do Surto 1 - Residência 2 - Hospital / Unidade de Saúde 3 - Creche / Escola 4 - Asilo 5 - Outras Instituições (alojamento, trabalho) 6 - Restaurante/ Padaria 7 - Eventos 8 - Casos Dispersos no Bairro 9 - Casos Dispersos Pelo Município 10 - Casos Dispersos em mais de um Município 11 - Outros Especificar _____	18 Nº de Casos Suspeitos/ Expostos	
Dados de Residência	20 UF 21 Município de Residência	Código (IBGE)	22 Distrito	
	23 Bairro	24 Logradouro (rua, avenida,...)	Código	
	25 Número	26 Complemento (apto., casa, ...)	27 Geo campo 1	
	28 Geo campo 2	29 Ponto de Referência	30 CEP	
	31 (DDD) Telefone	32 Zona 1 - Urbana 2 - Rural <input type="checkbox"/> 3 - Periurbana 9 - Ignorado	33 País (se residente fora do Brasil)	
Notificante	Município/Unidade de Saúde			
	Nome	Função	Assinatura	

Notificação

Sinan NET

SVS

17/07/2006



DADOS COMPLEMENTARES

(ANOTAR TODOS OS DADOS DISPONÍVEIS NO MOMENTO DA NOTIFICAÇÃO)

Notificação Individual	01	Data da coleta da 1ª amostra da sorologia	02	Data da coleta da 1ª amostra de outra amostra	03	Especificar tipo de exame :		
	04	Óbito ? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	<input type="checkbox"/>	05	Contato com caso semelhante ? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	<input type="checkbox"/>		
	06	Presença de exantema ? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	<input type="checkbox"/>	07	Data do início do exatema	08	Presença de petéquias ou sufusões hemorrágicas ? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	<input type="checkbox"/>
	09	Foi realizado líquor ? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	<input type="checkbox"/>	10	Resultado da bacterioscopia :			
	11	O paciente tomou vacina contra agravo notificado neste impresso? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	<input type="checkbox"/>	12	Data da última dose tomada	13	Ocorreu hospitalização ? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	<input type="checkbox"/>
	14	Data da hospitalização						
	15	UF	16	Município do hospital	Código (IBGE)	17	Nome do hospital	Código
	18 Hipóteses diagnósticas no momento da notificação							
	1ª Hipótese Diagnóstica - CID 10: _____							
	2ª Hipótese Diagnóstica - CID 10: _____							
Local prov. infecção	19 Local provável de infecção (classificação provisória)							
País: _____		UF	<input type="text"/>	Município: _____				
Distrito : _____		Bairro: _____						



ESTADO DO PARANÁ
MUNICÍPIO DE PORTO AMAZONAS
DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

ATUALIZADO EM 18/03/2020.

FICHA DE NOTIFICAÇÃO PARA CASO **COM** CRITÉRIO DE **GRAVIDADE / INTERNAMENTO**



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

SIVEP Gripe
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DA GRIPE

Nº

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 ^o s sintomas da SRAG:
3	UF:	4	Município:
		Código (IBGE):	
5	Unidade de Saúde:	Código (CNES):	
Dados do Paciente	6	CPF do paciente:	
	7	Nome:	
	8	Sexo: <input type="checkbox"/> 1-Masculino <input type="checkbox"/> 2-Feminino <input type="checkbox"/> 9-Ignorado	
	9	Data de nascimento:	10 (ou) Idade: <input type="checkbox"/> 1-Dia <input type="checkbox"/> 2-Mês <input type="checkbox"/> 3-Ano <input type="checkbox"/>
	11	Gestante: <input type="checkbox"/> 1-1 ^o Trimestre <input type="checkbox"/> 2-2 ^o Trimestre <input type="checkbox"/> 3-3 ^o Trimestre <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 4-Idade Gestacional Ignorada <input type="checkbox"/> 5-Não <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 6-Não se aplica <input type="checkbox"/> 9-Ignorado	
	12	Raça/Cor: <input type="checkbox"/> 1-Branca <input type="checkbox"/> 2-Preta <input type="checkbox"/> 3-Amarela <input type="checkbox"/> 4-Parda <input type="checkbox"/> 5-Indígena <input type="checkbox"/> 9-Ignorado	
13	Se indígena, qual etnia?		
14	Escolaridade: <input type="checkbox"/> 0-Sem escolaridade/Analfabeto <input type="checkbox"/> 1-Fundamental 1 ^o ciclo (1 ^a a 5 ^a série) <input type="checkbox"/> 2-Fundamental 2 ^o ciclo (6 ^a a 9 ^a série) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 3-Médio (1 ^o ao 3 ^o ano) <input type="checkbox"/> 4-Superior <input type="checkbox"/> 5-Não se aplica <input type="checkbox"/> 9-Ignorado		
15	Nome da mãe:		
Dados de Residência	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: <input type="checkbox"/> 1-Urbana <input type="checkbox"/> 2-Rural <input type="checkbox"/> 3-Periurbana <input type="checkbox"/> 9-Ignorado	25 País: (se residente fora do Brasil)	
Dados Clínicos e Epidemiológicos	26 É caso proveniente de surto de SG que evoluiu para SRAG? <input type="checkbox"/> 1-Sim <input type="checkbox"/> 2-Não <input type="checkbox"/> 9-Ignorado		
	27 Trata-se de caso com infecção de SRAG adquirida após internação hospitalar? <input type="checkbox"/> 1-Sim <input type="checkbox"/> 2-Não <input type="checkbox"/> 9-ignorado		
	28 Paciente trabalha ou tem contato direto com aves ou suínos? <input type="checkbox"/> 1-Sim <input type="checkbox"/> 2-Não <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> 1-Sim <input type="checkbox"/> 2-Não <input type="checkbox"/> 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 <i>mellitus</i> <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? <input type="checkbox"/> 1-Sim <input type="checkbox"/> 2-Não <input type="checkbox"/> 9-Ignorado		32 Data da vacinação: _____
	Se < 6 meses: a mãe recebeu a vacina? <input type="checkbox"/> 1-Sim <input type="checkbox"/> 2-Não <input type="checkbox"/> 9-Ignorado		Se sim, data: _____
	a mãe amamenta a criança? <input type="checkbox"/> 1-Sim <input type="checkbox"/> 2-Não <input type="checkbox"/> 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)		



ESTADO DO PARANÁ
MUNICÍPIO DE PORTO AMAZONAS
DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

ATUALIZADO EM 18/03/2020.

Dados de Atendimento	33	Usou antiviral para gripe? __ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	34	Qual antiviral? __ 1-Oseltamivir 2-Zanamivir 3-Outro, especifique: _____	35	Data início do tratamento ____ ____ ____
	36	Houve internação? __ 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? __ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	42	Data da entrada na UTI: ____ ____ ____	43	Data da saída da UTI: ____ ____ ____
	44	Uso de suporte ventilatório: __ 1-Sim, invasivo 2-Sim, não invasivo 3-Não 9-Ignorado	45	Raio X de Tórax: __ 1-Normal 2-Infiltrado intersticial 3-Consolidação 4-Misto 5-Outro: _____ 6-Não realizado 9-Ignorado	46	Data do Raio X: ____ ____ ____
	47	Coletou amostra? __ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	48	Data da coleta: _____	49	Tipo de amostra: __ 1-Secreção de Naso-orofaringe 2-Lavado Broco-alveolar 3-Tecido <i>post-mortem</i> 4-Outra, qual? _____ 9-Ignorado
Dados Laboratoriais	50	Nº Requisição do GAL: _____				
	51	Resultado da IF: __ 1-Positivo 2-Negativo 3-Inconclusivo 4-Não realizado 5-Aguardando resultado 9-Ignorado	52	Data do resultado da IF: ____ ____ ____		
	53	Agente Etiológico – IF: 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) __ Vírus Sincicial Respiratório __ Parainfluenza 1 __ Parainfluenza 2 __ Parainfluenza 3 __ Adenovírus __ Outro vírus respiratório, especifique: _____				
	54	Laboratório que realizou IF: _____			Código (CNES): __ __ __ __ __ __	
	55	Resultado da RT-PCR: __ 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? __ 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) __ Vírus Sincicial Respiratório __ Parainfluenza 1 __ Parainfluenza 2 __ Parainfluenza 3 __ Parainfluenza 4 __ Adenovírus __ Metapneumovírus __ Bocavírus __ Rinovírus __ Outro vírus respiratório, especifique: _____				
58	Laboratório que realizou RT-PCR: _____			Código (CNES): __ __ __ __ __ __		
Conclusão	59	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			60	Critério de Encerramento: __ 1-Laboratorial 2-Vínculo-Epidemiológico 3-Clinico
	61	Evolução do Caso: __ 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/Matricula: ____ ____ ____ ____ ____		