

Atualização Técnica sobre COVID-19 N° 01/2020

1. DEFINIÇÕES DE CASOS OPERACIONAIS:

● CASO SUSPEITO DE DOENÇA PELO CORONAVÍRUS 2019 (COVID-19)

Situação 1 – VIAJANTE: pessoa que, nos últimos 14 dias, retornou de viagem internacional de qualquer país ou MUNICÍPIO COM TRANSMISSÃO COMUNITARIA DENTRO DO BRASIL E apresente:

- Febre¹ E Pelo menos um dos sinais ou sintomas respiratórios (tosse, dificuldade para respirar, produção de escarro, congestão nasal ou conjuntival, dificuldade para deglutir, dor de garganta, coriza, saturação de O₂ < 95%, sinais de cianose, batimento de asa de nariz, tiragem intercostal e dispneia)

Situação 2 – CONTATO PRÓXIMO: pessoa que, nos últimos 14 dias, teve contato próximo de caso suspeito ou confirmado para COVID-19 E apresente:

- Febre E Pelo menos um sinal ou sintoma respiratório (tosse, dificuldade para respirar, produção de escarro, congestão nasal ou conjuntival, dificuldade para deglutir, dor de garganta, coriza, saturação de O₂ < 95%, sinais de cianose, batimento de asa de nariz, tiragem intercostal e dispneia)

● CASO PROVÁVEL DE DOENÇA PELO CORONAVÍRUS 2019 (COVID-19)

Situação 3 – CONTATO DOMICILIAR: pessoa que, nos últimos 14 dias, resida ou trabalhe no domicílio de caso suspeito ou confirmado para COVID-19 E apresente:

- Febre E Pelo menos um sinal ou sintoma respiratório (tosse, dificuldade para respirar, produção de escarro, congestão nasal ou conjuntival, dificuldade para deglutir, dor de garganta, coriza, saturação de O₂ < 95%, sinais de cianose, batimento de asa de nariz, tiragem intercostal e dispneia) OU
- Outros sinais e sintomas inespecíficos como: fadiga, mialgia/artralgia, dor de cabeça, calafrios, gânglios linfáticos aumentados, diarreia, náusea, vômito, desidratação e inapetência

● CASO CONFIRMADO DE DOENÇA PELO CORONAVÍRUS 2019 (COVID-19)

LABORATORIAL: caso suspeito ou provável com resultado positivo em RT-PCR em tempo real, pelo protocolo Charité.

CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO: caso suspeito ou provável com histórico de contato próximo ou domiciliar com caso confirmado laboratorialmente para COVID-19, que apresente febre OU pelo

menos um dos sinais ou sintomas respiratórios, nos últimos 14 dias após o contato, e para o qual não foi possível realizar a investigação laboratorial específica.

- **CASO DESCARTADO DE DOENÇA PELO CORONAVÍRUS 2019 (COVID-19)**

Caso que se enquadre na definição de suspeito E apresente resultado laboratorial negativo para SARS-CoV2 OU confirmação laboratorial para outro agente etiológico.

- **CASO EXCLUÍDO DE DOENÇA PELO CORONAVÍRUS 2019 (COVID-19)**

Diante do aumento de registros na base de dados do FORMSUS2, serão classificados como excluídos aqueles que apresentarem duplicidade OU que não se enquadram em uma das definições de caso acima.

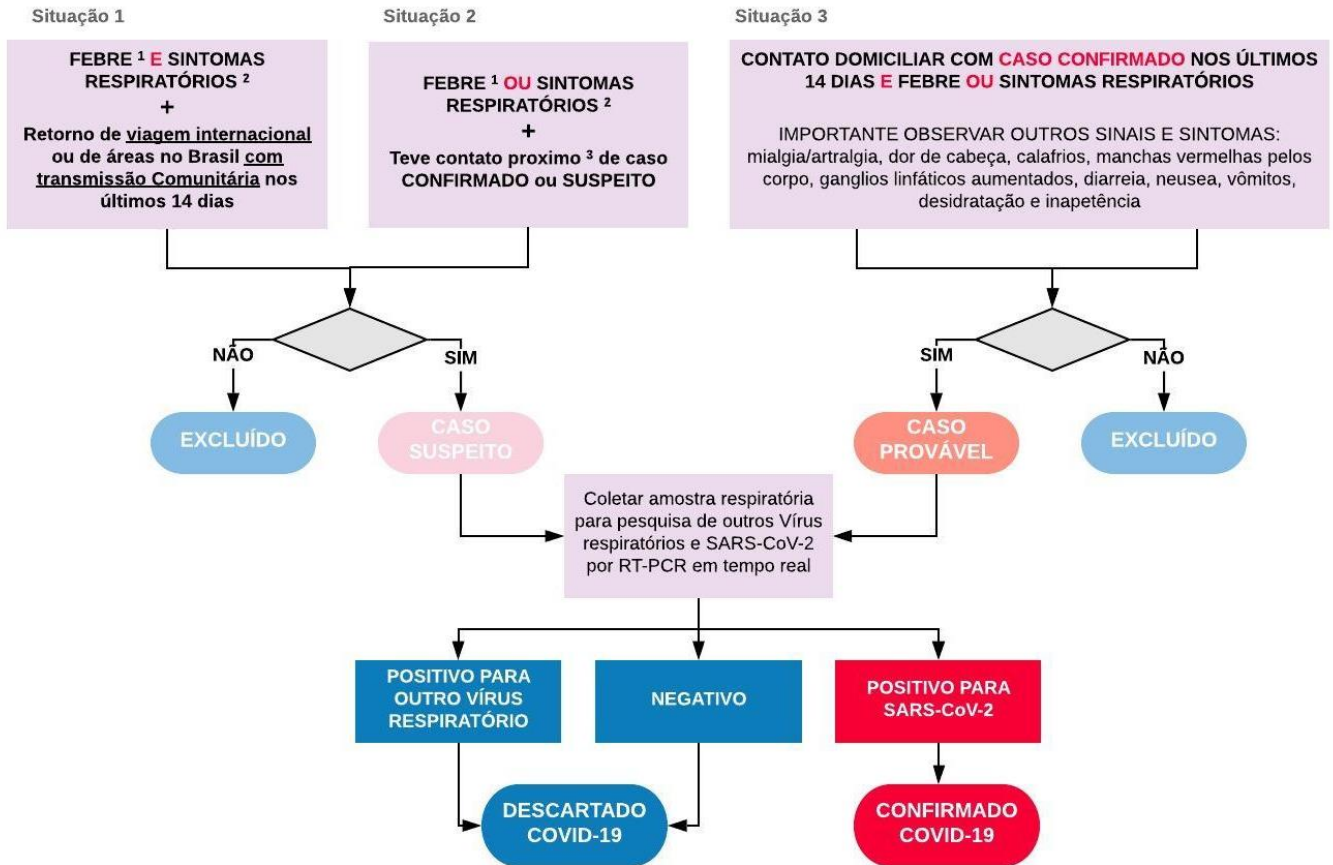
- **CASO CURADO DA DOENÇA PELO CORONAVÍRUS 2019 (COVID-19)**

Diante das últimas evidências compartilhadas pela OMS e países afetados, o Ministério da Saúde define que são curados:

- Casos em isolamento domiciliar: casos confirmados que passaram por 14 dias em isolamento domiciliar, a contar da data de início dos sintomas E que estão assintomáticos.
- Casos em internação hospitalar: diante da avaliação médica. Observação: a liberação do paciente deve ser definida de acordo com a equipe de saúde responsável.

Obs: Definições de caso operacionais para a vigilância em saúde pública não são definições clínicas. Os médicos podem identificar situações em que a avaliação clínica pode ser levada em consideração e a sua decisão deve ser registrada na ficha de notificação e no prontuário do paciente.

Figura 1: Definições de casos operacionais para COVID-19



¹FEBRE

- Febre é considerada a partir de $\geq 37,8^{\circ}\text{C}$
- Febre pode não estar presente em alguns casos como: pacientes jovens, idosos, imunossuprimidos ou que em algumas situações possam ter utilizado medicamento antitérmico
- Nestas situações, avaliação clínica deve ser considerada e a decisão deve ser registrada na ficha de notificação, caso decida notificar como CASO SUSPEITO

²SINTOMAS RESPIRATÓRIOS

- Tosse, dificuldade para respirar, produção de escarro, congestão nasal ou conjuntival, dificuldade para deglutir, dor de garganta, coriza, saturação de $\text{O}_2 < 95\%$, sinais de cianose, batimento de asa de nariz, tiragem intercostal e dispneia) ou febre

³CONTATO PRÓXIMO

- Cerca de 2 metros de um paciente suspeito ou confirmado por 15 minutos ou mais
- Conviver no mesmo ambiente com CASO SUSPEITO em ambiente de trabalho, sala de atendimento, aeronaves e outros meios de transporte, escola ou pré-escola
- Teve contato eventual (horas) com CASO CONFIRMADO
- Este contato inclui: visitar ou compartilhar uma área ou sala de espera de assistência médica

⁴CONTATO DOMICILIAR

- Contato íntimo
- Contato prolongado na residência de CASO CONFIRMADO, incluindo morar ou cuidar

2. TRANSMISSÃO LOCAL DO COVID-19

Ocorrência de caso autóctone com vínculo epidemiológico a um caso confirmado identificado.

- ✓ Ver [atualização](http://plataforma.saude.gov.br/novocoronavirus/#COVID-19-brazil) diária em:
- ✓ Para Minas Gerais: www.saude.mg.gov.br/coronavirus

- ✓ Os municípios serão classificados pelo COES de acordo com sua situação epidemiológica. A informação estará no Boletim diário.

3. TRANSMISSÃO COMUNITÁRIA DO COVID-19

Ocorrência de casos autóctones sem vínculo epidemiológico a um caso confirmado, em área definida, OU

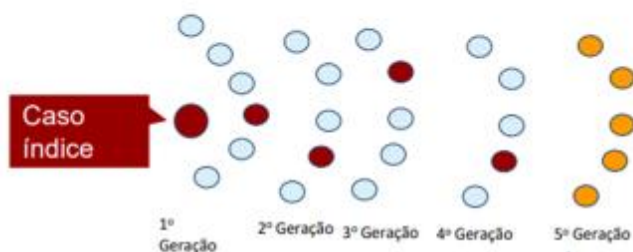
Se for identificado um resultado laboratorial positivo sem relação com outros casos na rotina de vigilância de doenças respiratórias OU

A transmissão se mantiver por 5 (cinco) ou mais cadeias de transmissão (Figura 2).

- ✓ Ver atualização diária em:
<http://plataforma.saude.gov.br/novocoronavirus/#COVID-19-brazil>
- ✓ Para Minas Gerais: www.saude.mg.gov.br/coronavirus
- ✓ Os municípios serão classificados pelo COES Coronavírus de acordo com sua situação epidemiológica. A informação estará no Boletim diário.

Figura 2: Classificação epidemiológica da transmissão do COVID-19

Transmissão Local e Transmissão Comunitária



TERMO	CONCEITO
Caso importado	Pessoas que se infectaram em outro país
Transmissão Local	A identificação do caso suspeito ou confirmado em que a fonte de infecção seja conhecida OU Até a 4ª geração de transmissão
Transmissão Comunitária	Incapacidade de relacionar casos confirmados através de cadeias de transmissão para um grande número de casos OU pelo aumento de testes positivos através de amostras sentinela (testes sistemáticos de rotina de amostras respiratórias de laboratórios estabelecidos)

4. COLETA DE EXAMES LABORATORIAS

Amostra de secreção de oro/nasofaringe (swab combinado): 1 kit com meio de transporte viral, contendo 3 swabs (que devem ser inseridos no mesmo criotubo contendo meio de transporte). Deve ser coletada por profissional capacitado e devidamente paramentado.

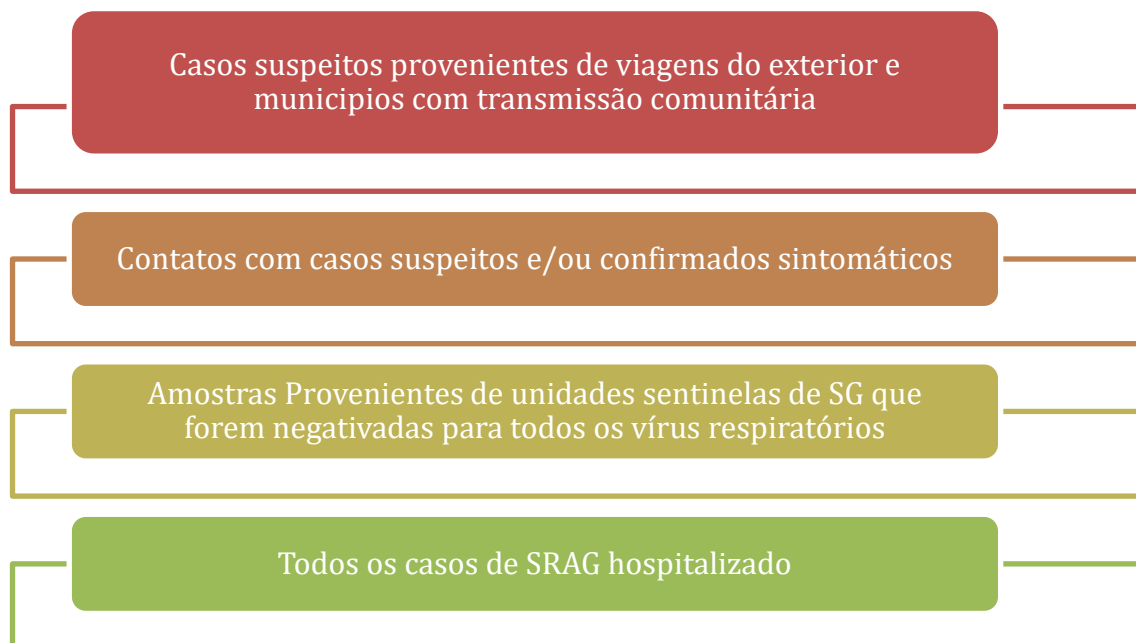
Encaminhar para a FUNED para que seja entregue no período de 08h00min às 16h00min. O material poderá permanecer refrigerado entre 2 e 8°C, caso entregue à Funed em até 24h após a coleta. Caso a amostra não possa ser entregue dentro deste prazo, deverá ser congelada a -80°C ou em nitrogênio líquido, condições nas quais poderá permanecer por período indeterminado até seu envio à Funed.

Devem ser seguidas as orientações para coleta de amostras para diagnóstico de Vírus Respiratórios, conforme Manual de Coleta, acondicionamento e transporte de material biológico para exames laboratoriais, disponível no site da Funed em: funed.mg.gov.br/fichasformularios-manuais-e-terminos-de-coleta-de-amostras.

Cadastrar no GAL (Sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial) como a seguir:

- Em "Finalidade" deve-se selecionar: Investigação
- Em "Descrição" deve-se selecionar: Síndrome Respiratória Aguda Grave Associada ao Coronavírus (SARS - CoV)
- Nome do Paciente: deverá vir cadastrado com a expressão COVID-19 entre parênteses após o nome do paciente no GAL. Exemplo: PACIENTE X (COVID-19).
- Em "Agravado/Doença" a opção é: Influenza/Vírus respiratórios
- A "Amostra" a ser cadastrada é: Swab
- A "Pesquisa" a ser cadastrada é: **Coronavírus (COVID-19)**

Lembramos que é obrigatório o cadastro e triagem (encaminhar para a rede) das requisições no GAL. Dúvidas de cadastro consultar manual do GAL disponível no site da Funed em : http://www.funed.mg.gov.br/2018/10/vigilancia_saude/gal/

Figura 3: Situações que terão amostras testadas para coronavírus

Obs: O processamento das amostras negativas de unidades sentinelas será facultativo caso haja restrição de kits diagnóstico, exceto para municípios com transmissão comunitária.

A PARTIR DO MOMENTO EM QUE FOR CONFIRMADA TRANSMISSÃO COMUNITÁRIA NO MUNICÍPIO, A COLETA DE AMOSTRAS SERÁ APENAS DOS **CASOS GRAVES E UNIDADES SENTINELAS DE INFLUENZA.**

4.1 Coleta para profissionais de saúde

Para os profissionais de saúde que estão na linha de frente de atendimento dos casos e ficarem sintomáticos, a coleta deverá ser realizada e priorizada em qualquer uma das fases de transmissão (importada, local ou comunitária). Deverão ser afastados até obtenção do resultado.

5. NOTIFICAÇÃO DOS CASOS

A doença causada pelo Novo Coronavírus (COVID-19) constitui uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) assim, todo caso é de notificação compulsória IMEDIATA, ou seja, deve ser comunicada por profissional de saúde em até 24h a partir da ocorrência de casos suspeitos, conforme determina a Resolução SES/MG n. 6.532/2018.

Sendo assim, teremos situações a serem notificadas que os doentes manifestam quadro de Síndrome Gripal (SG) e outras situações que se enquadram em Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG).

Segundo o Guia de Vigilância em Saúde (2019), tem-se como definições:

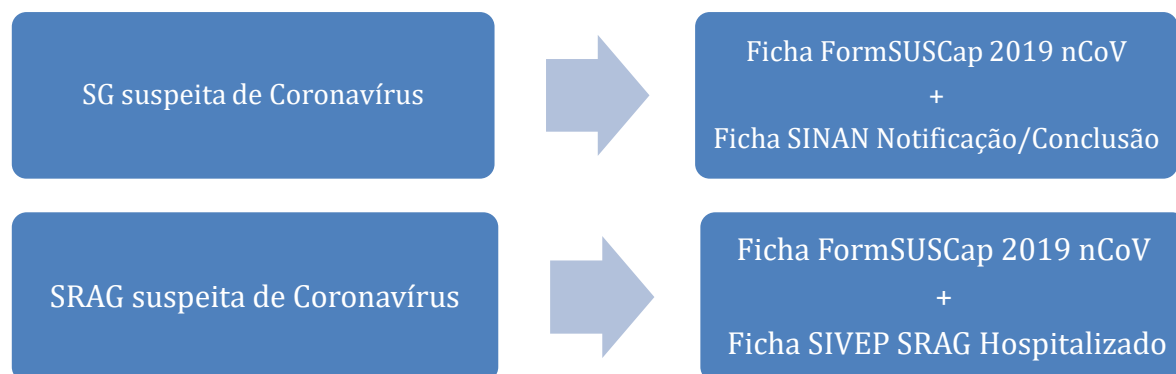
SÍNDROME GRIPAL: indivíduo com febre, mesmo que referida, acompanhada de tosse ou dor de garganta e com início dos sintomas nos últimos 7 dias.

SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE: indivíduo de qualquer idade, internado com SG e que apresente dispneia ou saturação de O₂ < 95% ou desconforto respiratório.

De acordo com a classificação de manejo clínico dos casos de Coronavírus no Protocolo Estadual (disponível em www.saude.mg.gov.br/coronavirus), os casos **LEVES** serão classificados como **Síndrome Gripal** e os casos **GRAVES e INTERNADOS** serão classificados como **Síndrome Respiratória Aguda Grave**.

No intuito de direcionar as notificações em Sistemas de Informação oficiais, a recomendação é a que segue:

- **Casos leves** de Síndrome Gripal, suspeitos de COVID-19, deverão ser notificados no FormSUSCap 2019 nCov <https://redcap.saude.gov.br/surveys/?s=3PRKP3CAJ3> utilizando dados do instrumento on line.
 - Para envio de amostras clínicas ao LACEN, deverá ser enviada junto com a amostra, uma cópia da Ficha FormSUSCap 2019 nCov impressa/manuscrita e a Ficha de Notificação/Conclusão Individual do SINAN, preenchida e assinalada como “COVID-19” apenas para complementar informações necessárias ao LACEN. **Esta ficha não será digitada no SINAN.**
- **Casos graves** de Síndrome Respiratória Aguda Grave hospitalizado, suspeitos de COVID-19, deverão ser notificados no SIVEP-Gripe utilizando a Ficha de SRAG Hospitalizado (modelo de março de 2020 – em anexo).
 - Para envio de amostras clínicas ao LACEN, deverá ser enviada junto com a amostra, uma cópia da Ficha FormSUSCap 2019 nCov impressa/manuscrita mais a Ficha Individual de SRAG Hospitalizado.



5.1 NOTIFICAÇÃO IMEDIATA E POR TELEFONE E COLETA DE EXAME DE ACORDO COM A SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DO MUNICÍPIO

A notificação imediata via telefone e coleta de exames será realizada de acordo com a situação epidemiológica do município, conforme demonstrado na Tabela:

Situações epidemiológicas	Notificação por telefone de casos de Síndrome Gripal (SG)	Notificação por telefone de casos de SRAG	Coleta de exame específico
Município sem caso confirmado	Sim (para URS) Envio de planilha diária para CIEVS-MG	Sim (para URS) URS comunica com CIEVS-MG imediatamente	Para SG e SRAG + Profissionais de Saúde sintomáticos
Município com caso confirmado	Sim (para URS) Envio de planilha diária para CIEVS-MG	Sim (para URS) URS comunica com CIEVS-MG imediatamente	Para SG e SRAG + Profissionais de Saúde sintomáticos
Município com transmissão comunitária	Não Porém, continua notificando no RedCap	Sim (para URS) URS comunica com CIEVS-MG imediatamente	Somente SRAG + Profissionais de Saúde sintomáticos + unidade sentinela de Influenza

A situação epidemiológica de cada município será definida pelo COE Coronavírus e estará disponível para consulta no www.saude.mg.gov.br/coronavirus e nos Boletins Diários.

6. INVESTIGAÇÃO DOS CONTATOS E MONITORAMENTO DOS ASSINTOMÁTICOS

- Contatos de casos suspeitos e confirmados: Monitoramento diário por 14 dias para aparecimento de sintomas. Orientar isolamento voluntário. Mais detalhes em: https://www.saude.mg.gov.br/images/noticias_e_eventos/000_2020/Coronav%C3%ADrus/Nota_Tecnica_Monitoramento_e_Manejo_Contatos_COVID19_06-3-2020_1.pdf
- Pessoas que retornam de viagem ao exterior ou áreas de transmissão comunitária no Brasil: Isolamento voluntário por 7 dias.
- Não é necessário envio de planilhas para o COES. A responsabilidade deste monitoramento é de cada município.

7. Estratégias gerais para prevenção do COVID-19

- Etiqueta respiratória (orientações quanto aos procedimentos de higiene pessoal respiratória);
- Isolamento de sintomático respiratório com vínculo epidemiológico de viagem ou contato de caso confirmado ou suspeito por 14 dias;
- Isolamento de assintomático confirmado laboratorialmente com COVID 19 por 14 dias;
- Isolamento de assintomático procedente de áreas com transmissão comunitária por 7 dias;
- Isolamento domiciliar do caso suspeito ou confirmado que apresentar quadro leve por 14 dias;
- Monitoramento de contato de caso confirmado ou suspeito realizado pelo município de residência com apoio das unidades regionais de saúde;
- Equipamento de Proteção Individual para os profissionais de saúde (máscaras cirúrgicas, luvas, capote, óculos). Procedimentos com geração de aerossóis: Máscara N95;
- Equipamento de Proteção Individual para quem tem contato com casos suspeitos ou confirmados (máscaras cirúrgicas, luvas);
- Notificação imediata, divulgação e sensibilização da rede de saúde pública e privada;
- Comunicação com realização de campanhas de mídia e mobilização social;
- Regime de trabalho alternativo, por exemplo, possibilidade de home office, tele trabalho, turnos alternados;
- Prescrição com validade ampliada de medicamentos de uso contínuo ou revalidação automática de receitas médicas;
- Criar mecanismos baseados em agendamentos nos serviços de atendimento público para diminuição do fluxo de pessoas;
- Recomendação de cancelamento ou adiamento de eventos de massa com mais de 100 pessoas;
- Recomendação de adiamento de cruzeiros e viagens turísticas;
- Idosos e doentes crônicos: Recomendar a restrição de contato social e vacinar-se contra influenza;
- Eventos e atividades em locais fechados com aglomeração de pessoas, os organizadores ou responsáveis devem cancelar ou adiar, se houver tempo hábil. Não sendo possível, recomenda-se que o evento ocorra sem público;

- Uso de ferramentas de ensino a distância para minimizar o contato interpessoal;
- Unidade Básica ou consultórios: pacientes identificados com Síndrome Respiratória Aguda Grave devem ser encaminhados aos serviços de urgência/emergência ou hospitalares de referência na Unidade Federada, conforme plano de contingência local;
- Serviços de Saúde: serviços de APS/ESF, Serviços de urgência/emergência ou hospitalares, públicos e privados, farão uso de Fast-Track específico no primeiro contato do paciente;
- Serviços públicos e privados deverão disponibilizar locais para lavagem das mãos, dispensador com álcool em gel na concentração de 70%, toalhas de papel descartável, ampliação da frequência de limpeza de piso, corrimão, maçaneta e banheiros com álcool 70% ou solução de água sanitária.

Número adicional de telefone do Plantão CIEVS exclusivo para coronavírus:

031- 98282-3550

Anexo I: Ficha de Registro Individual – Casos de SRAG Hospitalizado

MINISTÉRIO DA SAÚDE SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE		SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DA GRIPE 12/03/2020		
FICHA DE REGISTRO INDIVIDUAL - CASOS DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE HOSPITALIZADO		Nº		
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 O ₂ < 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 1ºs sintomas da SRAG:	
3	UF:	4	Município: Código (IBGE):	
5	Unidade de Saúde:	Código (CNES):		
Dados do Paciente				
6	CPF do cidadão: _____			
7	Nome:	8	Sexo: <input type="checkbox"/> 1- Masc. 2- Fem. 9- Ign	
9	Data de nascimento:	10	(ou) Idade: _____ 1-Dia 2-Mês 3-Ano _____	
12	Raça/Cor: <input type="checkbox"/> 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9-Ignorado	11	Gestante: <input type="checkbox"/> 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4-Idade Gestacional Ignorada 5-Não 6-Não se aplica 9-Ignorado	
13	Se indígena, qual etnia? _____			
14	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 (1º ao 3º ano) 4-Superior 5-Não se aplica 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 2-Rural 3-Periurbana 9-Ignorado	25	País: (se residente fora do Brasil) _____	
Dados Clínicos e Epidemiológicos				
26	Paciente tem histórico de viagem internacional até 14 dias antes do início dos sintomas? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ign			
27	Se sim: Qual país? _____	28	Em qual local? _____	
29	Data da viagem: _____	30	Data do retorno: _____	
31	É caso proveniente de surto de SG que evoluiu para SRAG? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado			
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 ou suínos? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 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"/> 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 _____			
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="checkbox"/> Outros _____			
36	Recebeu vacina contra Gripe na última campanha? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado		37	Data da vacinação: _____
Se < 6 meses: a mãe recebeu a vacina? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se sim, data: _____ a mãe amamenta a criança? <input type="checkbox"/> 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 1ª dose: _____ (1ª dose para crianças vacinadas pela primeira vez) Data da 2ª dose: _____ (2ª dose para crianças vacinadas pela primeira vez)				

Dados de Atendimento	38	Usou antiviral para gripe? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	39	Qual antiviral? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-Osetamivir 2-Zanamivir 3-Outro, especifique: _____	40	Data início do tratamento ____ ____ ____
	41	Houve internação? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	42	Data da internação por SRAG: ____ ____ ____	43	UF de internação: ____
	44	Município de internação: _____	Código (IBGE): ____ ____ ____ ____			
	45	Unidade de Saúde de internação: _____	Código (CNES): ____ ____ ____ ____			
	46	Internado em UTI? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	47	Data da entrada na UTI: ____ ____ ____	48	Data da saída da UTI: ____ ____ ____
	49	Uso de suporte ventilatório: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-Sim, invasivo 2-Sim, não invasivo 3-Não 9-Ignorado	50	Raio X de Tórax: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-Normal 2-Infiltrado Intersticial 3-Consolidação 4-Misto 5-Outro: _____ 6-Não realizado 9-Ignorado	51	Data do Raio X: ____ ____ ____
	52	Coletou amostra? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	53	Data da coleta: ____ ____ ____	54	Tipo de amostra: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-Secreção de Naso-faringe 2-Lavado Broco-alveolar 3-Tecido post-mortem 4-Outra, qual? _____ 9-Ignorado
Dados Laboratoriais	55	Nº Requisição do GAL: _____				
	56	Resultado da IF/outro método que não seja Biologia Molecular: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-Positivo 2-Negativo 3-Inconclusivo 4-Não realizado 5-Aguardando resultado 9-Ignorado	57	Data do resultado da IF/outro método que não seja Biologia Molecular: ____ ____ ____		
	58	Agente Etiológico – IF/outro método que não seja Biologia Molecular: Positivo para Influenza? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se sim, qual influenza? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1- Influenza A 2- Influenza B Positivo para outros vírus? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <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: _____				
	59	Laboratório que realizou IF/outro método que não seja Biologia Molecular: _____ Código (CNES): ____ ____ ____ ____				
	60	Resultado da RT-PCR/outro método por Biologia Molecular: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-Detectável 2-Não Detectável 3-Inconclusivo 4-Não realizado 5-Aguardando resultado 9-Ignorado	61	Data do resultado RT-PCR/outro método por Biologia Molecular: ____ ____ ____		
62	Agente Etiológico – RT-PCR/outro método por Biologia Molecular: Positivo para Influenza? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se sim, qual influenza? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1- Influenza A 2- Influenza B Influenza A, qual subtipo? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <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"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-Victoria 2-Yamagata 3-Não realizado 4-Inconclusivo 5-Outro, especifique: _____ Positivo para outros vírus? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se outros vírus respiratórios, qual(is)? (marcar X) <input type="checkbox"/> SARS-CoV-2 <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: _____					
63	Laboratório que realizou RT-PCR/outro método por Biologia Molecular: _____ Código (CNES): ____ ____ ____ ____					
Conclusão	64	Classificação final do caso: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-SRAG por influenza 2-SRAG por outro vírus respiratório 3-SRAG por outro agente etiológico, qual _____ 4-SRAG não especificado			65	Critério de Encerramento: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-Laboratorial 2-Vínculo-Epidemiológico 3-Clinico
	66	Evolução do Caso: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-Cura 2-Óbito 9-Ignorado	67	Data da alta ou óbito: ____ ____ ____	68	Data do Encerramento: ____ ____ ____
69 OBSERVAÇÕES: _____ _____						
70 Profissional de Saúde Responsável: _____				71 Registro Conselho/Matricula: ____ ____ ____ ____		