



Definição de caso suspeito de NOVO CORONAVÍRUS (2019-nCoV – CID B34.2)

CASO SUSPEITO: FEBRE + SINTOMAS RESPIRATÓRIOS (por exemplo, tosse e falta de ar)
E nos últimos 14 dias história de: viagem para China OU contato próximo com caso suspeito ou confirmado de infecção pelo novo coronavírus (2019-nCoV), durante transmissão.

Classificação Clínica do Caso: Caso leve, moderado ou grave

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

CASO LEVE

- Manejo e tratamento em domicílio
- Orientar para hidratação oral, antitérmicos, repouso e isolamento domiciliar
- Orientar sobre sinais de alarme*
- Notificar epidemiologia
- Combinar coleta de amostras respiratórias (swabs NF em MTV em duplicata)
- Avisar sobre 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, crianças menores de 1 ano de idade, idosos, imunodeficientes ou com doenças crônicas significativas.

CASO LEVE EM POPULAÇÃO VULNERÁVEL

- Hidratação oral, antitérmicos, repouso e isolamento domiciliar
- Orientar sobre sinais de alarme*
- Notificar epidemiologia
- Combinar coleta de amostras respiratórias (swabs NF em MTV em duplicata)
- Manejo e tratamento conforme avaliação clínica
- Avisar sobre acompanhamento do caso pela epidemiologia
- Retorno imediato se reaparecimento de febre alta ou sinais de alarme
- Acompanhamento diário na Unidade de Saúde
- Retorno imediato em caso de sinais de alarme

DOENÇA RESPIRATÓRIA COM SINAIS DE ALARME*

- Sat O2 entre 90 e 95% ou Cianose
- Dispneia, Taquipneia (>30ipm)
- Sinais de esforço respiratório
- Confusão mental,
- Letargia ou Irritabilidade
- Vômitos incoercíveis
- Sinais de Toxemia
- Desidratação ou Hipotensão arterial

CASO MODERADO

- Atendimento em UPA ou hospital de retaguarda
- Rx de Tórax
- Coletar amostras respiratórias e outros exames conforme o quadro clínico (hemograma, função renal e hepática, CPK, LDH e eletrólitos, coagulação, gasometria arterial, etc.)
- Notificar epidemiologia
- Manejo clínico conforme quadro geral (O2, etc.)
- Internamento em quarto (isolamento), conforme indicado

DOENÇA GRAVE COM INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA

- Sat O2 <90%
- Pneumonia importante
- Sinais de alarme
- Comprometimento de órgãos vitais

CASO GRAVE

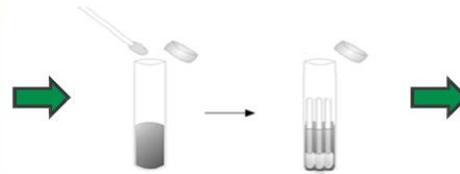
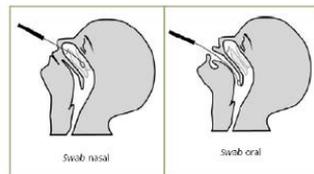
- Notificar epidemiologia
- Internação em UTI, Assistência ventilatória conforme indicado
- Avaliar indicação antimicrobiana (Tamiflu, ATB, etc.)
- Coletar amostras respiratórias e outros exames conforme o quadro clínico (Hemograma, coagulação função renal e hepática, CPK, LDH e eletrólitos, gasometria arterial, etc.)
- Rx de Tórax (e Tomografia, se possível)



DIAGNÓSTICO LABORATORIAL

COLETA DE SECREÇÃO NASOFARÍNGE EM DUPLICATA

1. A coleta das amostras de secreção respiratória é feita preferencialmente por swab combinado (secreção de naso e orofaringe: coleta com 3 swabs de Rayon acondicionados juntos em 1 frasco com meio de transporte viral). **Nos casos suspeitos de coronavírus a coleta deve ser duplicada!**



Cortar (swabs)



Colocar esse pote na caixa de isopor com gelo reciclável



Armazenando dentro pote para evitar vazamento



Tubo identificado (3 swabs)

Etiqueta de identificação da amostra

**NOME DO PACIENTE
DATA DA COLETA**

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). Incluir pesquisa de 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 as duas amostras respiratórias do paciente em um pote plástico;
 - Não armazenar as amostras em geladeira de alimentos, medicamentos ou de vacinas;
 - Não colocar a caixa de isopor dentro da geladeira.



FICHA DE NOTIFICAÇÃO PARA PACIENTE SEM CRITÉRIO DE GRAVIDADE

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

Nº

FICHA DE NOTIFICAÇÃO

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 1 - Negativa 2 - Individual 3 - Surto 4 - Inquérito Tracoma <input type="checkbox"/>	
	2 Agravado/doença	3 Data da Notificação
	4 UF 5 Município de Notificação	Código (IBGE)
Notificação Individual	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código
	7 Data dos Primeiros Sintomas	
	8 Nome do Paciente	9 Data de Nascimento
Notificação de Surto	10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	11 Sexo M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino I - Ignorado
	12 Gestante 1-1ºTrimestre 2-2ºTrimestre 3-3ºTrimestre 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	
Dados de Residência	15 Número do Cartão SUS	16 Nome da mãe
	17 Data dos 1 ^{os} Sintomas do 1º Caso Suspeito	18 N° de Casos Suspeitos/ Expostos
	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 _____	
Notificante	20 UF 21 Município de Residência	Código (IBGE)
	22 Distrito	
	23 Bairro	24 Logradouro (rua, avenida,...)
Notificação	25 Número	26 Complemento (apto., casa, ...)
	27 Geo campo 1	28 Geo campo 2
	29 Ponto de Referência	30 CEP
Notificante	31 (DDD) Telefone	32 Zona 1 - Urbana 2 - Rural <input type="checkbox"/> 3 - Periurbana 9 - Ignorado
	33 País (se residente fora do Brasil)	
	Município/Unidade de Saúde	
Nome		Função
Assinatura		



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		
Notificação Surto	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: _____								

Dados Complementares/ Notificação

SVS 17/07/2006

LINK DE ACESSO À FICHA:

http://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/NINDIV/Notificacao_Individual_v5.pdf



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 Sincial 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 Sincial 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/Matrícula: __ __ __ __ __ __	

LINK DE ACESSO À FICHA:

http://portalsinan.saude.gov.br/imagens/documentos/Agravos/Influenza/Influenza_v5.pdf