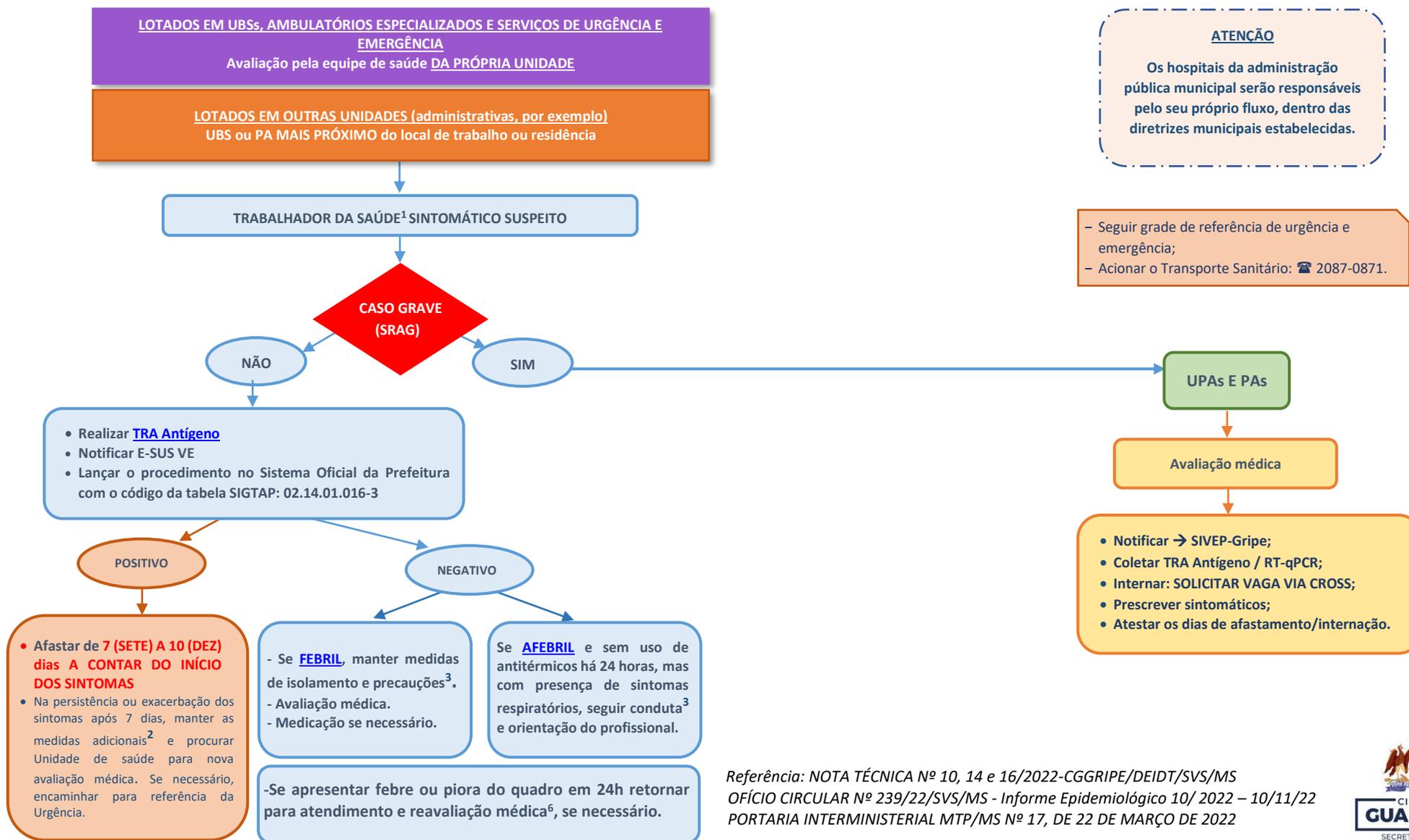


SÍNDROME GRIPAL SUSPEITO DE DOENÇA PELO CORONAVIRUS – COVID 19 - quadro respiratório agudo, caracterizado por pelo menos 2 (dois) dos seguintes sintomas: febre (mesmo que referida), calafrios, dor de garganta, dor de cabeça, tosse, coriza, distúrbios olfativos ou distúrbios gustativos. **OBS:** A febre pode estar ausente e sintomas gastrointestinais (diarreia) podem estar presentes.

- Em crianças: além dos itens anteriores considera-se também obstrução nasal, na ausência de outro diagnóstico específico

- Em idosos: deve-se considerar também critérios específicos de agravamento como síncope, confusão mental, sonolência excessiva, irritabilidade e inapetência.

SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE (SRAG) – indivíduo com Síndrome Gripal (SG) que apresente: dispneia/desconforto respiratório OU pressão OU dor persistente no tórax OU saturação de O₂ menor ou igual a 94% em ar ambiente OU coloração azulada (cianose) dos lábios ou rosto.



Referência: **NOTA TÉCNICA Nº 10, 14 e 16/2022-CGGRIPE/DEIDT/SVS/MS**
OFÍCIO CIRCULAR Nº 239/22/SVS/MS - Informe Epidemiológico 10/ 2022 – 10/11/22
PORTARIA INTERMINISTERIAL MTP/MS Nº 17, DE 22 DE MARÇO DE 2022

ORIENTAÇÕES GERAIS

¹TRABALHADORES DE SAÚDE

Profissional de todas as categorias, da administração pública, que presta seus serviços em Unidades Básicas de Saúde (UBSs), Especialidades, Unidades de Pronto-Atendimento (UPA e PAs) e Unidades Administrativas vinculadas à Secretaria da Saúde de Guarulhos, exceto hospitais.

OBS: Os *hospitais da administração pública municipal* serão responsáveis pelo seu próprio fluxo, dentro das diretrizes municipais estabelecidas.

TODOS os profissionais devem apresentar:

- Crachá de identificação
- Cartão Nacional de Saúde (CNS)
- Documento com foto.

NOTIFICAÇÃO DOS TRABALHADORES SINTOMÁTICOS

• SÍNDROME GRIPAL SUSPEITO DE DOENÇA PELO CORONAVIRUS – COVID 19

Notificar através do link notifica.saude.gov.br:

OBS: na impossibilidade de digitação imediata no e-SUS VE, utilizar a “FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE SG SUSPEITO DE DOENÇA PELO NOVO CORONAVÍRUS - ANEXO II” – e, assim que possível, inserir os dados no e-SUS VE.

• SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE (SRAG)

Notificar os casos SRAG – todos os casos hospitalizados ou óbitos, independente de hospitalização: <https://sivepgripe.saude.gov.br/sivepgripe>

OBS: na impossibilidade de digitação imediata no SIVEP – Gripe, utilizar a “FICHA DE NOTIFICAÇÃO DA SRAG – ANEXO III” – e, assim que possível, inserir os dados no SIVEP – Gripe.

²MEDIDAS ADICIONAIS A SEREM ADOTADAS ATÉ O 10º DIA COMPLETO DO INÍCIO DOS SINTOMAS:

- Usar máscara bem ajustada ao rosto, preferencialmente cirúrgica ou PFF2/N95, em casa ou em público. Para indivíduos que não consigam usar máscara quando estiverem próximos a outras pessoas, o isolamento deve ser de 10 dias completos após o início dos sintomas
- Evitar contato com pessoas imunocomprometidas ou que possuam fatores de risco para agravamento da Covid-19, como também locais com aglomerações de pessoas, como transporte público, ou onde não seja possível manter o distanciamento físico
- Não frequentar locais onde não possa usar máscara durante todo o tempo, como restaurantes e bares: e evitar comer próximo a outras pessoas, tanto em casa como no trabalho, por pelo menos 10 dias completos após o início dos sintomas
- Viagem: não viajar durante o seu período de isolamento
- Se continuar com febre ou outros sintomas, esperar para interromper o isolamento até permanecer afebril sem uso de medicamentos antitérmicos E remissão dos sintomas respiratórios por no mínimo 24 horas.

ORIENTAÇÕES SOBRE O AGRAVAMENTO DOS SINTOMAS: piora clínica e ou saturação <93%, dispneia ou taquipneia, aumento de febre por mais de 3 dias, exacerbação da doença de base e/ou bioquímicos ou imagem alterados: ENCAMINHAR PARA REFERÊNCIA DA URGÊNCIA.

➤ **NÃO utilizar AUTOTESTE POSITIVO para diagnóstico ou afastamento. Para este caso, seguir o fluxo normal de SÍNDROME GRIPAL.**

TRABALHADOR DE SAÚDE ASSINTOMÁTICO COM CONTATO DOMICILIAR CONFIRMADO DE COVID-19**DEFINIÇÃO DE CONTATO PRÓXIMO**

Para fins de vigilância, rastreamento, isolamento, monitoramento de contatos e quarentena, deve-se considerar o contato próximo a pessoa que:

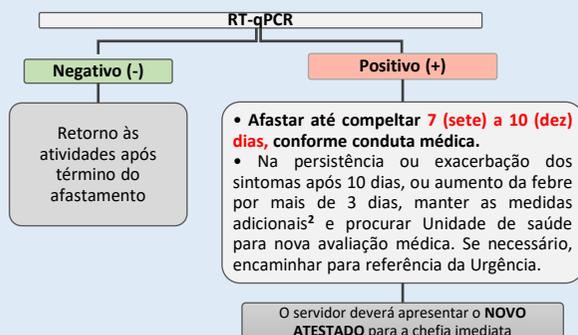
- Esteve a menos de um metro de distância, por um período mínimo de 15 minutos, com um caso confirmado sem ambos utilizarem máscara facial ou utilizarem de forma incorreta;
- Teve um contato físico direto (apertando as mãos) com um caso confirmado;
- É profissional de saúde que prestou assistência em saúde ao caso de COVID-19 sem utilizar equipamentos de proteção individual (EPI), conforme preconizado, ou com EPI danificado;
- Seja contato domiciliar ou residente na mesma casa/ambiente (ambiente, creche, alojamento entre outros) de um caso confirmado.

NÃO REALIZAR TRA-Antígeno.

Caso o trabalhador apresente sintomas após 7 (sete) dias, seguir FLUXOGRAMA de TRABALHADOR DA SAÚDE¹ SINTOMÁTICO SUSPEITO

³REAVALIAÇÃO MÉDICA: Conforme critério médico, poderá ser solicitada a coleta do RT-PCR, seguindo FLUXO LABORATORIAL:**- REALIZAÇÃO DO RT-PCR**

- O RT-PCR deverá ser realizado preferencialmente a partir do 1º até o 7º dia de sintomas - Síndrome Gripal (SG) e do 1º ao 14º de sintomas para Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG).
- **IMPORTANTE:** o dia 0 é o início dos sintomas e o dia 1 é o 1º dia completo após o início dos sintomas, ou seja, 24 horas após o início dos sintomas, e assim sucessivamente.
- Em caso de coleta de RT-PCR, a critério médico, o paciente deverá ser afastado por 3 (três) dias e realizar Orientações sobre sinais de atenção⁴ medidas adicionais³.
- Retornar na Unidade em 3 (três) dias para reavaliação/resultado do RT-PCR, conforme conduta abaixo:



FLUXO DE ENTREGA DE AMOSTRAS DE SG PARA O LABORATÓRIO AFIP – Em casos de solicitação de RT-PCR

AMOSTRA	FORMULÁRIO DE COLETA	COLETA DA AMOSTRA	ARMAZENAMENTO E TRANSPORTE DAS AMOSTRAS	HORÁRIO DE ENTREGA AO LABORATÓRIO	PRAZO PARA LIBERAÇÃO DE RESULTADOS	MÉTODO APLICADO
<ul style="list-style-type: none"> Sintomáticos na fase aguda que atendam a definição de SG. Swab Nasofaringe (swab combinado) Coletar do 1° ao 7° dia do início dos sintomas, após avaliação clínica 	<ul style="list-style-type: none"> Preencher a SADT de forma legível: Nome completo, CNS, devidamente carimbada e assinada. Preencher ficha notificação (B34.2). Identificar a SADT e o tubo falcon com as etiquetas codificadas do laboratório. 	<ul style="list-style-type: none"> Coletar 02 (DOIS) swabs de rayon com haste plástica: 01 swab para nasofaringe, ou seja, 01 swab para as duas narinas; e 01 swab para orofaringe, colocados em tubos cônicos com tampa rosca estéril, contendo 3mL de solução fisiológica 0,9%. 	<ul style="list-style-type: none"> Armazenar as amostras em saco picotado individualmente, sob-refrigeração, de 2°C a 8 °C, por até 72h. 	<ul style="list-style-type: none"> APS: de segunda a sexta-feira, conforme logística de transporte do Laboratório AFIP. Urgência: 24 horas. 	<ul style="list-style-type: none"> Até 3 (três) dias úteis a depender da entrada da amostra no laboratório. 	<ul style="list-style-type: none"> PCR em Tempo Real (RT-qPCR)

- Amostras enviadas ao Laboratório AFIP devem ser acompanhadas de uma SADT e da ficha de notificação e-SUS.

- Amostras enviadas para AFIP devem ser seguidas as orientações determinadas pela empresa.

Em caso de dúvidas LIGUE para: 0800-7222347 ou contate o Canal do Cliente através do E-MAIL: canalcliente@afipdiagnostica.com.br ou ainda através do E-MAIL: daisassistlab@gmail.com

SÍNDROME GRIPAL (SG) - FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO

TRABALHADORES DE SAÚDE¹ DA PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARULHOS E CONTRATUALIZADOS

ANEXO III

Nº _____

SIVEP-Gripe - SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DA GRIPE
FORMA DE REGISTRO INDIVIDUAL - CASOS DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE HOSPITALIZADO - 25/05/2023

CASO DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE (SRAG-HOSPITALIZADO): Indivíduo com 56 que apresente: dispnéia/desconforto respiratório OU pressão persistente no tórax OU saturação de O2 menor que 95% em ar ambiente OU coloração azulada dos lábios ou rosto.
Para efeito de notificação no SIVEP-Gripe, devem ser considerados os casos de SRAG hospitalizados ou os óbitos por SRAG independente de hospitalização.

1	Data do preenchimento da ficha de notificação:	2	Data de 1 ^{as} sintomas
3	UF: _____	4	Município: _____
5	Unidade de Saúde: _____	6	Código (IBGE): _____
7	Código (CNEC): _____	8	CPF: _____
9	Tem CPF? <input type="checkbox"/> 1-Sim <input type="checkbox"/> 2-Não	10	CPF: _____
11	Estrangeiro <input type="checkbox"/> 1-Sim <input type="checkbox"/> 2-Não	12	Nome: _____
13	Cartão Nacional de Saúde (CNS): _____	14	Sexo: <input type="checkbox"/> 1-Masc. <input type="checkbox"/> 2-Fem. <input type="checkbox"/> 3-ign
15	Nome: _____	16	Gestante: <input type="checkbox"/>
17	Data de nascimento: _____	17	1-1 ^o Trimestre 2-2 ^o Trimestre 3-3 ^o Trimestre 4-4 ^o Trimestre Gestacional Ignorado 5-Não
18	(Ou) Idade: _____	18	6-Não se aplica <input type="checkbox"/> 9-Igorado
19	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-Igorado	19	6-Não se aplica <input type="checkbox"/> 9-Igorado
20	Se indígena, qual etnia? _____	20	Se sim, qual? _____
21	Se membro de povo ou comunidade tradicional? <input type="checkbox"/> 1-Sim <input type="checkbox"/> 2-Não	21	Se sim, qual? _____
22	Escolaridade: <input type="checkbox"/> 0-Sem escolaridade/Analfabeto 1-Fundamental 1 ^o ciclo (4 a 5 ^{as} série) 2-Fundamental 2 ^o ciclo (6 ^{as} a 9 ^{as} série) 3-Médio (1 ^o ao 3 ^o ano) 4-Superior 5-Não se aplica <input type="checkbox"/> 9-Igorado	22	Se sim, qual? _____
23	Ocupação: _____	23	Nome da mãe: _____
24	CEP: _____	24	Nome da mãe: _____
25	UF: _____	25	Município: _____
26	Bairro: _____	26	Código (IBGE): _____
27	Logradouro (Rua, Avenida, etc.): _____	27	Nº: _____
28	Complemento (apto, casa, etc.): _____	28	DDD) Telefone: _____
29	Zona: <input type="checkbox"/> 1-Urbana <input type="checkbox"/> 2-Rural <input type="checkbox"/> 3-Periferia <input type="checkbox"/> 9-Igorado	29	PAIS: (se residente fora do Brasil) _____
30	Trata-se de caso nosocomial (infecção adquirida no hospital)? <input type="checkbox"/> 1-Sim <input type="checkbox"/> 2-Não <input type="checkbox"/> 9-Igorado	30	Trata-se de caso nosocomial (infecção adquirida no hospital)? <input type="checkbox"/> 1-Sim <input type="checkbox"/> 2-Não <input type="checkbox"/> 9-Igorado
31	Paciente trabalha ou tem contato direto com aves, suínos, ou outro animal? <input type="checkbox"/> 1-Sim, aves/suínos <input type="checkbox"/> 2-Não, nenhum <input type="checkbox"/> 3-Sim, outros, qual _____ <input type="checkbox"/> 9-Igorado	31	Paciente trabalha ou tem contato direto com aves, suínos, ou outro animal? <input type="checkbox"/> 1-Sim, aves/suínos <input type="checkbox"/> 2-Não, nenhum <input type="checkbox"/> 3-Sim, outros, qual _____ <input type="checkbox"/> 9-Igorado
32	Sinais e Sintomas: 1-Sim <input type="checkbox"/> 2-Não <input type="checkbox"/> 9-Igorado <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"/> Dor abdominal <input type="checkbox"/> Falga <input type="checkbox"/> Perda do olfato <input type="checkbox"/> Perda do paladar <input type="checkbox"/> Outros _____ <input type="checkbox"/> 9-Igorado	32	Sinais e Sintomas: 1-Sim <input type="checkbox"/> 2-Não <input type="checkbox"/> 9-Igorado <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"/> Dor abdominal <input type="checkbox"/> Falga <input type="checkbox"/> Perda do olfato <input type="checkbox"/> Perda do paladar <input type="checkbox"/> Outros _____ <input type="checkbox"/> 9-Igorado
33	Possui fatores de risco/comorbidades? <input type="checkbox"/> 1-Sim <input type="checkbox"/> 2-Não <input type="checkbox"/> 9-Igorado Se sim, qual(is)? (Marcar X) <input type="checkbox"/> Doença Cardiovascular Crônica <input type="checkbox"/> Doença Hematológica Crônica <input type="checkbox"/> Tabagismo <input type="checkbox"/> Síndrome de Down <input type="checkbox"/> Doença Hepática Crônica <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Doença Neurológica Crônica <input type="checkbox"/> Doença Renal Crônica <input type="checkbox"/> Diabetes melitus <input type="checkbox"/> Doença Neurodegenerativa Crônica <input type="checkbox"/> Outras _____ <input type="checkbox"/> Imunodeficiência/Imunossupressão <input type="checkbox"/> Doença Renal Crônica <input type="checkbox"/> Distúrbio, IMC <input type="checkbox"/> Outras _____ <input type="checkbox"/> 9-Igorado	33	Possui fatores de risco/comorbidades? <input type="checkbox"/> 1-Sim <input type="checkbox"/> 2-Não <input type="checkbox"/> 9-Igorado Se sim, qual(is)? (Marcar X) <input type="checkbox"/> Doença Cardiovascular Crônica <input type="checkbox"/> Doença Hematológica Crônica <input type="checkbox"/> Tabagismo <input type="checkbox"/> Síndrome de Down <input type="checkbox"/> Doença Hepática Crônica <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Doença Neurológica Crônica <input type="checkbox"/> Doença Renal Crônica <input type="checkbox"/> Diabetes melitus <input type="checkbox"/> Doença Neurodegenerativa Crônica <input type="checkbox"/> Outras _____ <input type="checkbox"/> Imunodeficiência/Imunossupressão <input type="checkbox"/> Doença Renal Crônica <input type="checkbox"/> Distúrbio, IMC <input type="checkbox"/> Outras _____ <input type="checkbox"/> 9-Igorado
34	Recebeu vacina COVID-19? <input type="checkbox"/> 1-Sim <input type="checkbox"/> 2-Não <input type="checkbox"/> 9-Igorado	34	Data da dose vacina COVID-19: _____
35	Fabricante vacina COVID-19: _____	35	Data da 1 ^a dose: _____
36	Fabricante 2 ^a dose: _____	36	Data da dose reforço: _____
37	Fabricante dose reforço: _____	37	Data da dose reforço (se aplicável): _____
38	Fabricante 2 ^a dose reforço: _____	38	Lote da vacina COVID-19: _____
39	Fabricante dose adicional: _____	39	Lote 1 ^a dose: _____
40	Fabricante dose reforço (se aplicável): _____	40	Lote dose reforço: _____
41	Recebeu vacina contra Gripe na última campanha? <input type="checkbox"/> 1-Sim <input type="checkbox"/> 2-Não <input type="checkbox"/> 9-Igorado	41	Lote 2 ^a dose: _____
42	Se < 6 meses: a mãe recebeu a vacina? <input type="checkbox"/> 1-Sim <input type="checkbox"/> 2-Não <input type="checkbox"/> 9-Igorado Se sim, data: _____	42	Lote dose adicional: _____
43	a mãe amamentou a criança? <input type="checkbox"/> 1-Sim <input type="checkbox"/> 2-Não <input type="checkbox"/> 9-Igorado	43	Lote dose reforço (se aplicável): _____
44	Se > 6 meses e < 8 anos: Data da dose única 1/1: _____ (dose única para crianças vacinadas em campanhas de anos anteriores)	44	Data da vacinação: _____
45	Data de 1 ^a dose: _____ (1 ^a dose para crianças vacinadas pela primeira vez)	45	Se < 6 meses e < 8 anos: Data da dose única 1/1: _____ (dose única para crianças vacinadas em campanhas de anos anteriores)
46	Data de 2 ^a dose: _____ (2 ^a dose para crianças vacinadas pela primeira vez)	46	Data de 1 ^a dose: _____ (1 ^a dose para crianças vacinadas pela primeira vez)
47	Data de 3 ^a dose: _____ (3 ^a dose para crianças vacinadas pela primeira vez)	47	Data de 2 ^a dose: _____ (2 ^a dose para crianças vacinadas pela primeira vez)
48	42 Usou antiviral para gripe? <input type="checkbox"/> 1-Sim <input type="checkbox"/> 2-Não <input type="checkbox"/> 9-Igorado	48	43 Qual antiviral? <input type="checkbox"/> 1-Osetamivir <input type="checkbox"/> 2-Zanamivir <input type="checkbox"/> 3-Outros, especifique: _____
49	45 Recebeu tratamento antiviral para covid-19? <input type="checkbox"/> 1-Sim <input type="checkbox"/> 2-Não <input type="checkbox"/> 9-Igorado	49	44 Data início do tratamento: _____
50	48 Houve internação? <input type="checkbox"/> 1-Sim <input type="checkbox"/> 2-Não <input type="checkbox"/> 9-Igorado	50	45 Qual antiviral? <input type="checkbox"/> 1-Nirmatrelvir/ritonavir <input type="checkbox"/> 2-Paxlovid <input type="checkbox"/> 3-Baricitinib (Doravir) <input type="checkbox"/> 4-Outros, especifique: _____
51	51 Município de internação: _____	51	47 Data início do tratamento: _____
52	52 Unidade de Saúde de internação: _____	52	48 Houve internação? <input type="checkbox"/> 1-Sim <input type="checkbox"/> 2-Não <input type="checkbox"/> 9-Igorado
53	53 Internado em UTI? <input type="checkbox"/> 1-Sim <input type="checkbox"/> 2-Não <input type="checkbox"/> 9-Igorado	53	49 Data da internação por SRAG: _____
54	54 Data da entrada na UTI: _____	54	50 UF de internação: _____
55	55 Data da saída da UTI: _____	55	51 Município de internação: _____
56	56 Data da entrada na UTI: _____	56	52 Unidade de Saúde de internação: _____
57	57 Data da saída da UTI: _____	57	53 Internado em UTI? <input type="checkbox"/> 1-Sim <input type="checkbox"/> 2-Não <input type="checkbox"/> 9-Igorado
58	58 Data da saída da UTI: _____	58	54 Data da entrada na UTI: _____
59	59 Data da saída da UTI: _____	59	55 Data da saída da UTI: _____

56	56 Uso de suporte ventilatório: <input type="checkbox"/> 1-Sim, invasivo <input type="checkbox"/> 2-Sim, não invasivo <input type="checkbox"/> 3-Não <input type="checkbox"/> 9-Igorado	57	57 Raio X de Tórax: <input type="checkbox"/> 1-Normal <input type="checkbox"/> 2-Infiltado intersticial <input type="checkbox"/> 3-Consolidação <input type="checkbox"/> 4-Nódo <input type="checkbox"/> 5-Outro _____ <input type="checkbox"/> 6-Não realizado <input type="checkbox"/> 9-Igorado	58	58 Data do Raio X: _____
59	59 Aspecto Tomografia <input type="checkbox"/> 1-Típico covid-19 <input type="checkbox"/> 2-Indeterminado covid-19 <input type="checkbox"/> 3-Atípico covid-19 <input type="checkbox"/> 4-Negativo para Pneumonia <input type="checkbox"/> 5-Outro _____ <input type="checkbox"/> 6-Não realizado <input type="checkbox"/> 9-Igorado	60	60 Data da tomografia: _____	61	61 Coletou amostra <input type="checkbox"/> 1-Sim <input type="checkbox"/> 2-Não <input type="checkbox"/> 9-Igorado
62	62 Data da coleta: _____	63	63 Tipo de amostra: <input type="checkbox"/> 1-Secção de Naso-orofaringe <input type="checkbox"/> 2-Lavado bronco-alveolar <input type="checkbox"/> 3-Tecido post-mortem <input type="checkbox"/> 4-Outra, qual? _____ <input type="checkbox"/> 9-Igorado	64	64 Nº Requisição do GAL: _____
65	65 Tipo do teste para pesquisa de antígenos virais: <input type="checkbox"/> 1-Imunofluorescência (IF) <input type="checkbox"/> 2-Teste rápido antígeno <input type="checkbox"/> 3-PCR <input type="checkbox"/> 9-Igorado	66	66 Data do resultado da pesquisa de antígenos: _____	67	67 Resultado da Teste antígeno: <input type="checkbox"/> 1-positivo <input type="checkbox"/> 2-Negativo <input type="checkbox"/> 3-Inconclusivo <input type="checkbox"/> 4-Não realizado <input type="checkbox"/> 9-Igorado
68	68 Laboratório que realizou o Teste antígeno: _____	69	69 Agente Etiológico - Teste antígeno: Positivo para influenza? <input type="checkbox"/> 1-Sim <input type="checkbox"/> 2-Não <input type="checkbox"/> 9-Igorado Se sim, qual influenza? <input type="checkbox"/> 1-Influenza A <input type="checkbox"/> 2-Influenza B <input type="checkbox"/> Positivo para outros vírus? <input type="checkbox"/> 1-Sim <input type="checkbox"/> 2-Não <input type="checkbox"/> 9-Igorado 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"/> Adenovírus <input type="checkbox"/> Outro vírus respiratório, especifique: _____	70	70 Resultado da RT-PCR/outro método por Biologia Molecular: <input type="checkbox"/> 1-Detectável <input type="checkbox"/> 2-Não Detectável <input type="checkbox"/> 3-Inconclusivo <input type="checkbox"/> 4-Não realizado <input type="checkbox"/> 5-Aguardando resultado <input type="checkbox"/> 9-Igorado
71	71 Data do resultado RT-PCR/outro método por Biologia Molecular: _____	72	72 Agente Etiológico - RT-PCR/outro método por Biologia Molecular: Positivo para influenza? <input type="checkbox"/> 1-Sim <input type="checkbox"/> 2-Não <input type="checkbox"/> 9-Igorado Se sim, qual influenza? <input type="checkbox"/> 1-Influenza A <input type="checkbox"/> 2-Influenza B <input type="checkbox"/> Influenza A, qual subtipo? <input type="checkbox"/> 1-Influenza A(H1N1)pdm09 <input type="checkbox"/> 2-Influenza A(H3N2) <input type="checkbox"/> 3-Influenza A não subtipado <input type="checkbox"/> 4-Influenza A não subtipável <input type="checkbox"/> 5-Inconclusivo <input type="checkbox"/> 6-Outro, especifique: _____	73	73 Laboratório que realizou RT-PCR/outro método por Biologia Molecular: _____
74	74 Tipo de amostra sorológica para SARS-Cov-2: <input type="checkbox"/> 1-Sangue/plasma/soro <input type="checkbox"/> 2-Outra, qual? _____ <input type="checkbox"/> 9-Igorado	75	75 Data da coleta: _____	76	76 Tipo de Sorologia para SARS-Cov-2: <input type="checkbox"/> 1-Teste rápido <input type="checkbox"/> 2-Elisa <input type="checkbox"/> 3-Quimioluminescência <input type="checkbox"/> 4-Outro, qual? _____
77	77 Resultado do Teste Sorológico para SARS-Cov-2: <input type="checkbox"/> 1-IG <input type="checkbox"/> 2-IGM <input type="checkbox"/> 3-IGG <input type="checkbox"/> 4-Indefinido <input type="checkbox"/> 5-Inconclusivo <input type="checkbox"/> 6-Não realizado <input type="checkbox"/> 9-Igorado	78	78 Faz parte de uma cadeia de surto de SG? <input type="checkbox"/> 1-Sim <input type="checkbox"/> 2-Não <input type="checkbox"/> 9-Igorado	79	79 É um caso de co-deteção? <input type="checkbox"/> 1-Sim <input type="checkbox"/> 2-Não <input type="checkbox"/> 9-Igorado
80	80 Classificação final do caso: <input type="checkbox"/> 1-SRAG por influenza <input type="checkbox"/> 2-SRAG por outro vírus respiratório <input type="checkbox"/> 3-SRAG por outro agente etiológico, qual? _____ <input type="checkbox"/> 4-SRAG não especificado <input type="checkbox"/> 5-SRAG por covid-19	81	81 Critério de Encerramento: <input type="checkbox"/> 1-Laboratorial <input type="checkbox"/> 2-Clinico Epidemiológico <input type="checkbox"/> 3-Clinico <input type="checkbox"/> 4-Clinico-Imagem	82	82 Evolução do Caso: <input type="checkbox"/> 1-Cura <input type="checkbox"/> 2-Óbito <input type="checkbox"/> 3-Óbito por outras causas <input type="checkbox"/> 9-Igorado
83	83 Data da alta ou óbito: _____	84	84 Data do Encerramento: _____	85	85 Número D.O.: _____
86	86 OBSERVAÇÕES: _____	87	87 Profissional de Saúde Responsável: _____	88	88 Registro Conselho/Matricula: _____
89	89 Designação da variante (OMS): <input type="checkbox"/> 1-Omicron <input type="checkbox"/> 2-Delta <input type="checkbox"/> 3-Alfa <input type="checkbox"/> 4-Beta <input type="checkbox"/> 5-Gama <input type="checkbox"/> 6-Recombinante (Exemplos: XZ, XZ, XZ, XZ) <input type="checkbox"/> 7-Outra, especifique: _____	90	90 Linhagem da variante: _____	91	91 Método laboratorial mais recente: <input type="checkbox"/> 1-Sequenciamento genômico completo <input type="checkbox"/> 2-Sequenciamento genômico parcial <input type="checkbox"/> 3-RT-PCR em tempo real de inferência <input type="checkbox"/> 4-Outro, especifique: _____
92	92 Nome do laboratório: _____	93	93 Código (CNEC) do laboratório: _____	94	94 Data do resultado: _____
95	95 Encerramento do caso (para VOC, VOI ou VUM): <input type="checkbox"/> 1-Confirmado por Sequenciamento genômico completo <input type="checkbox"/> 2-Provável por Sequenciamento genômico parcial <input type="checkbox"/> 3-Suspeito por RT-PCR de inferência <input type="checkbox"/> 4-Suspeito por vínculo epidemiológico <input type="checkbox"/> 5-Descartado	96	96 Possível caso de reinfeção por covid-19? <input type="checkbox"/> 1-Sim <input type="checkbox"/> 2-Não <input type="checkbox"/> 9-Igorado	97	97 Profissional responsável pelo preenchimento: _____
98	98 Estabelecimento responsável pelo preenchimento: _____	99	99 Código (CNEC): _____		

Referência: NOTA TÉCNICA Nº 10, 14 e 16/2022-CGGRIPE/DEIDT/SVS/MS
OFÍCIO CIRCULAR Nº 239/22/SVS/MS - Informe Epidemiológico 10/ 2022 – 10/11/22
PORTARIA INTERMINISTERIAL MTP/MS Nº 17, DE 22 DE MARÇO DE 2022