







Nota Informativa COVID-19



Vigilância em Saúde / Gerência Técnica de Influenza e Doenças Respiratórias

05/06/2020

A Secretaria Estadual de Saúde do Mato Grosso do Sul recomenda:

Definições de Casos

DEFINIÇÃO 1: SÍNDROME GRIPAL (SG): indivíduo com quadro respiratório agudo, caracterizado por sensação febril ou febre*, mesmo que relatada, acompanhada de tosse OU dor de garganta OU coriza OU dificuldade respiratória.

*Na suspeita de COVID-19, a febre pode não estar presente.

- EM CRIANÇAS: considera-se também obstrução nasal, na ausência de outro diagnóstico específico.
- EM IDOSOS: a febre pode estar ausente. Deve-se considerar também critérios específicos de agravamento como sincope, confusão mental, sonolência excessiva, irritabilidade e inapetência.

DEFINIÇÃO 2: SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE (SRAG): Síndrome Gripal que apresente: dispneia/desconforto respiratório OU Pressão persistente no tórax OU saturação de O₂ menor que 95% em ar ambiente OU coloração azulada dos lábios ou rosto.

• EM CRIANÇAS: além dos itens anteriores, observar os batimentos de asa de nariz, cianose, tiragem intercostal, desidratação e inapetência.









► Caso Confirmado de Doença pelo Coronavírus 2019 (COVID-19)

POR CRITÉRIO LABORATORIAL: caso suspeito de SG ou SRAG com teste de:

- Biologia molecular (RT-PCR em tempo real, detecção do vírus SARS-CoV-2):
 - Doença pelo Coronavírus 2019: com resultado detectável para SARS-CoV-2.
 Amostra clínica coletada, preferencialmente até o sétimo dia de início de sintomas.
- Imunológico (teste rápido ou sorologia clássica para detecção de anticorpos para o SARS-CoV-2): com resultado positivo para anticorpos IgM e/ou IgG. Em amostra coletada após o sétimo dia de início dos sintomas.

POR CRITÉRIO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO: caso suspeito de SG ou SRAG com histórico de contato próximo ou domiciliar, nos últimos 7 dias antes do aparecimento dos sintomas, com caso confirmado laboratorialmente para COVID-19 e para o qual não foi possível realizar a investigação laboratorial específica.

► Caso Descartado de Doença pelo Coronavírus 2019 (COVID-19)

Caso suspeito de SG ou SRAG com resultado laboratorial negativo para CORONAVÍRUS (SARS-COV-2 não detectável pelo método de RT-PCR em tempo real, considerando a oportunidade da coleta OU confirmação laboratorial para outro agente etiológico.

► Boletim Epidemiológico Coronavírus 2019, Mato Grosso do Sul

Após novas recomendações do Ministério da Saúde, os dados contabilizados no **Boletim Epidemiológico de Coronavírus Mato Grosso do Sul**, divulgados diariamente no site da SES, terão como fonte os sistemas de informação oficiais do Ministério da Saúde – **SIVEP GRIPE** e **E-SUS VE**;

IMPORTANTE: O ENCERRAMENTO OPORTUNO DOS CASOS - ASSIM QUE TIVEREM CONHECIMENTO DOS RESULTADOS, GARANTE A PUBLICAÇÃO DE DADOS EPIDEMIOLÓGICOS FIDEDIGNOS E ATUALIZADOS DOS MUNICÍPIOS NO BOLETIM ESTADUAL.









Notificação e Registro de SG em Unidades Sentinelas e SRAG Hospitalizado

Notificação imediata de todo caso de SRAG hospitalizado e óbito por SRAG, devendo ser realizada por meio dos telefones: 3318-1831 – Gerência Técnica de Influenza e Doenças Respiratórias (durante horário de expediente da SES) ou PLANTÃO 24HS CIEVS: 98477-3435 (ligação e WhatsApp). (FLUXO JÁ ESTABELECIDO PARA VIGILÂNCIA DA INFLUENZA).

O envio das notificações dos casos de SRAG ao CIEVS não garante a publicação dos dados no Boletim epidemiológico, já que os dados destes, serão retirados dos sistemas de informações oficiais - SIVEP GRIPE e E-SUS VE.

- Registro de SRAG e SG DE UNIDADES SENTINELAS (Campo Grande, Corumbá, Dourados, Três Lagoas, Ponta Porã, Naviraí, Paranaíba, São Gabriel do Oeste, Caarapó, Costa Rica, Sidrolândia, Jardim e Sonora) deverão ser inseridos no SISTEMA SIVEP GRIPE, demais municípios deverão encaminhar as fichas devidamente preenchidas a área técnica da SES ou plantão do CIEVS: qtinfluenzams@outlook.com ou qtinfluenzams@outlook.com ou qtinfluenzams@outlook.com ou <a href="mailto:qtinfluenzam
- Para o LACEN, encaminhar: FICHA DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE HOSPITALIZADOS (anexo) OU Ficha do E-SUS VE (anexo) e GAL (Gerenciamento de Ambiente Laboratorial) juntamente da amostra.

▶ Óbitos SRAG

- Todo óbito por SRAG deverá ter amostra de SWAB encaminhada ao LACEN para testagem de Influenza, Sars-CoV2 e outros vírus respiratórios (CADASTRO GAL).
- Realizar teste rápido de Coronavírus em todos os óbitos por SRAG, porém considerar para encerramento do caso: história clínica, tempo de sintomatologia e oportunidade da realização do teste, assim como resultado do RT PCR.









► Síndromes Gripais - Sistema E-SUS VE

Deverão ser inseridos no sistema E-SUS VE (notifica.saude.gov.br):

- 1. Profissionais de saúde em atividade;
- 2. Profissionais de segurança pública em atividade;
- 3. Pessoa com diagnóstico de Síndrome gripal que resida no mesmo domicílio de um profissional de saúde ou Segurança em atividade;
- 4. Pessoas com idade igual ou superior a 60 anos;
- 5. Portadores de condições de saúde crônicas: cardiopatias graves ou descompensadas (insuficiência cardíaca, infartos, revascularizados, arritmias); pneumopatias graves ou descompensados (asma moderada/grave, DPOC), imunodepressão por qualquer causa; doença renal crônica em estágio avançado (grau 3, 4 e 5); diabetes mellitus, conforme juízo clínico e gestação de alto risco.
- 6. Contatos de casos confirmados de COVID-19;
- 7. Casos que após triagem via disque-covid sejam orientados a comparecer ao DRIVE-THRU Covid (em CAMPO GRANDE, DOURADOS, TRÊS LAGOAS E CORUMBÁ) para realização de coleta de amostra.
- 8. E demais casos de SG suspeitos de COVID-19, submetidos a testagem rápida ou outras metodologias **por serviços públicos ou privados**.

Estes, Síndrome Gripal que forem submetidos a coleta de amostra para realização de diagnóstico laboratorial por meio de RT PCR (até 7 dias do início de sintomas) **OU** teste rápido (a partir do 8º dia do início dos sintomas).

Está indicado isolamento imediato de contatos próximos de caso confirmado de COVID-19.

- Monitoramento diário do caso confirmado em isolamento domiciliar e de seus contatos próximos e/ou domiciliares (modelo de planilha de monitoramento em anexo).
- Recolhimento de assinatura de termo de responsabilidade para Isolamento Domiciliar (em anexo) e entrega de material "Orientações a pessoas em isolamento pelo COVID-19". (em anexo).
- Contatos próximos e ou domiciliares de casos confirmados de COVID-19, apresentando SG (até 7 dias de início de sintomas): realizar coleta de SWAB para envio ao LACEN.









Recomendamos que priorizem coletas de **GESTANTES e PUÉRPERAS – contatos de casos confirmados.**

NÃO ESTÁ INDICADA A REALIZAÇÃO DE COLETA PARA PCR – BIOLOGIA MOLECULAR EM ASSINTOMÁTICOS

- Casos de Síndrome Gripal NÃO SÃO DE NOTIFICAÇÃO IMEDIATA via CIEVS.
 Apenas deverão ser inseridos no sistema E-SUS VE.
- Os municípios deverão informar à SES via e-mail (<u>gtinfluenzams@outlook.com</u> e <u>cgaf@saude.ms.gov.br</u>) semanalmente, às terças-feiras até as 16hs, com envio de *Planilha de Controle de Uso dos Testes Rápidos* para *detecção de anticorpos SARS-CoV-2* Ministério da Saúde, todos os casos testados positivos e negativos.

Onde Notificar

- Nas Unidades de Vigilância Sentinela de Síndrome Gripal: Casos de SG devem seguir os fluxos já estabelecidos para a vigilância da influenza e outros vírus respiratórios, devendo ser notificados no Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica da Gripe (SIVEP-Gripe).
- Nos hospitais: Casos de SRAG hospitalizados devem ser notificados no Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica da Gripe (SIVEP-Gripe).
- Óbitos por SRAG independente de internação: devem ser notificados no Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica da Gripe (SIVEP-Gripe).
- Testes Rápidos e outras metodologias em serviços privados: Notificar no E-SUS VE.

► Farmácias e laboratórios privados

Fica sob responsabilidade das farmácias e laboratórios particulares, a notificação no E-SUS VE apenas pacientes testados com testes registrados pela ANVISA, conforme resolução específica publicada em diário oficial - Resolução N°36/SES/MS de 25/05/2020.

A responsabilidade de encerramento e acompanhamento destes casos no sistema E-SUS VE é dos responsáveis pelas Vigilâncias Epidemiológicas Municipais, estes, cadastrados no sistema como Gestores Municipais.









► Testes Rápidos

Os testes rápidos do Ministério da Saúde distribuídos aos Estados e disponibilizados aos municípios, recomenda-se uso nos seguintes **grupos prioritários**:

- 1. Profissionais de saúde em atividade:
- 2. Profissionais de segurança pública em atividade;
- 3. Pessoa com diagnóstico de Síndrome gripal que resida no mesmo domicílio de um profissional de saúde ou Segurança em atividade;
- 4. Pessoas com idade igual ou superior a 60 anos;
- 5. Portadores de condições de saúde crônicas: cardiopatias graves ou descompensadas (insuficiência cardíaca, infartos, revascularizados, arritmias); pneumopatias graves ou descompensados (asma moderada/grave, DPOC), imunodepressão por qualquer causa; doença renal crônica em estágio avançado (grau 3, 4 e 5); diabetes mellitus, conforme juízo clínico e gestação de alto risco.
- 6. Contatos de casos confirmados de COVID-19;
- 7. Casos que após triagem via disque-covid sejam orientados a comparecer ao DRIVE-THRU Covid (em CAMPO GRANDE, DOURADOS, TRÊS LAGOAS ou CORUMBÁ) para realização de coleta de amostra.
- 8. E demais casos de SG suspeitos de COVID-19.

Os testes rápidos de marcas com registro na **ANVISA** passam, a partir desta data (11/05/2020) a serem contabilizados no *Boletim Epidemiológico de Coronavírus Estadual*, via extração diária do banco de dados E-SUS VE, às 19h do dia anterior.

Tipo de teste	Período para coleta	Conduta para realização do teste	Resultado positivo sintomático	Resultado negativo sintomático
Teste rápido de anticorpo.	A partir do 8º dia do início dos sintomas.	 Coletar amostra de sangue capilar ou venoso; Recomenda-se a utilização de lancetas ou agulhas; disponíveis nos serviços de saúde; A execução e a leitura dos resultados devem ser realizadas por trabalhadores da saúde de nível médio, com supervisão, e/ou de nível superior. 	Manter-se em isolamento domiciliar até completar 14 dias após o início dos sintomas, assim como seus contatos domiciliares.	Realizado após 72 horas do desaparecimento dos sintomas, o paciente estará apto a retornar às suas atividades, utilizando máscara cirúrgica até o final do período de 14 dias. Ou seja, não precisará cumprir todo o período de isolamento em teletrabalho ou em outras atividades finalísticas, exceto para aqueles que apresentam fatores de risco para gravidade.



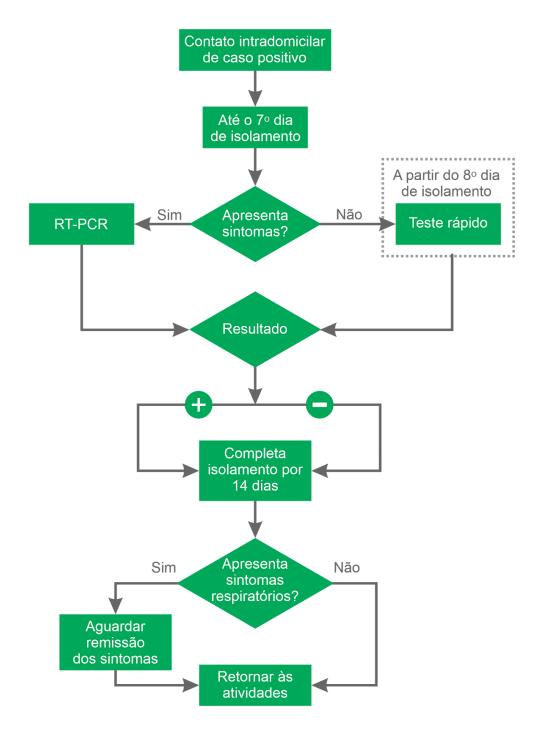






► Testagem de Contatos Intradomiciliares de Casos Confirmados de COVID-19

Está indicada testagem de contatos intradomiciliares de casos confirmados de COVID-19, seguindo o fluxo abaixo:



Independente dos grupos citados na página 6.



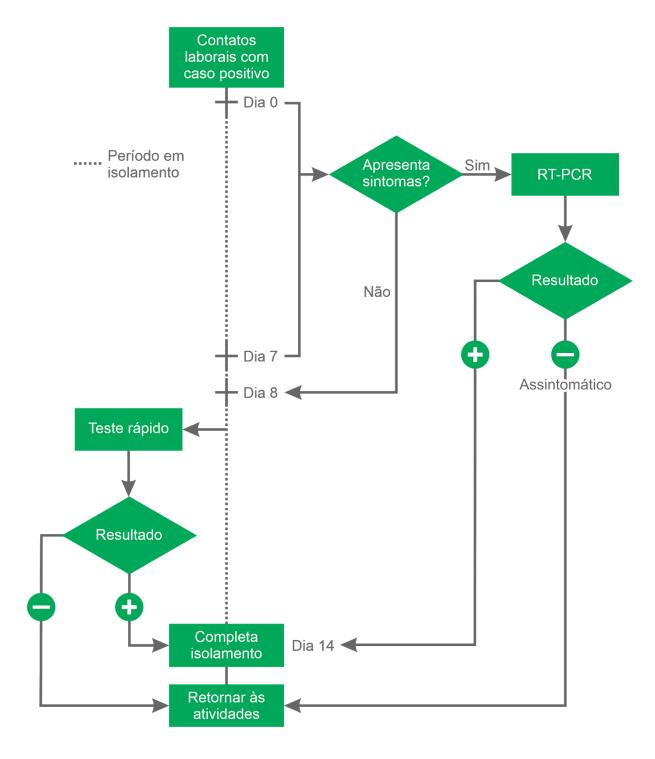






► Testagem de Contatos Laborais de Casos Confirmados de COVID-19

Está indicada testagem de contatos laborais de casos confirmados de COVID-19, seguindo o fluxo abaixo:



Independente dos grupos citados na página 6.









Sobre os Fluxos de Testagem de Contatos Intradomiciliares e Laborais de Casos Confirmados de COVID-19

Em caso de impossibilidade de afastamento dos contatos próximos laborais de casos confirmados nos serviços de saúde e segurança pública, a fim de evitar a interrupção de serviços essenciais, isola-se apenas o caso confirmado e seus contatos sintomáticos.

Os demais funcionários assintomáticos, passarão a ser monitorados pela sua chefia imediata, pelo período de 7 dias e apresentando sintomas dentro deste período, também deverão ser afastados.

Em ambos os casos o uso de máscara, álcool gel e demais recomendações do Ministério da Saúde devem ser intensificados em seu ambiente laboral e domiciliar.

 Surtos de Síndrome Gripal (SG) em empresas, aldeias, presídio, instituições de longa permanência

Vigilância de surto de SG

- Surto em comunidade fechada ou semifechada ocorrência de pelo menos 3 casos de SG ou óbitos **confirmados para COVID-19**, observando-se as datas de início dos sintomas
- Surto em ambiente hospitalar ocorrência de pelo menos 3 casos de SG ou casos e óbitos **confirmados para COVID-19** vinculados epidemiologicamente, em uma determinada unidade (enfermaria, UTI), observando- se as datas de início dos sintomas, e que tenham ocorrido no mínimo 72 horas após a admissão. (Fonte: TEXTO ADAPTADO DO GUIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

Está indicado isolamento imediato de contatos próximos de caso confirmado de COVID-19.

- Monitoramento diário do caso confirmado em isolamento domiciliar e de seus contatos próximos e/ou domiciliares. (modelo de planilha de monitoramento em anexo).
- Recolhimento de assinatura de termo de responsabilidade para Isolamento Domiciliar (em anexo) e entrega de material informativo para este período. (em anexo).









- Contatos próximos e ou domiciliares de casos confirmados de COVID-19, apresentando SG (até 7 dias de início de sintomas): realizar coleta de SWAB para envio ao LACEN.
- Contatos assintomáticos próximos e/ou domiciliares de casos confirmados de COVID-19 em situação de surto nos locais acima citados, após cumprir isolamento de 7 dias, realizar Teste Rápido (a partir do 8º dia de exposição ao caso confirmado).

Segunda Coleta em Pacientes Confirmados para COVID-19

Está indicada 2ª coleta para PCR – Biologia Molecular, de pacientes confirmados para COVID-19, hospitalizados, com internação prolongada por outras comorbidades, para liberação do isolamento. (Protocolo de Tratamento do Novo Coronavírus (2019-nCoV) – Pág.13).

Já os pacientes imunocomprometidos, só será recomendada 2ª coleta na impossibilidade de mantê-lo em leito de isolamento no serviço de saúde. (Protocolo de Tratamento do Novo Coronavírus (2019-nCoV) – Pág.13).

Deve ser ponderado também, o número restrito de testes disponíveis e ainda, a possibilidade de manutenção do isolamento para que não haja falta de kits em um futuro próximo.

▶ Isolamento

Para contenção da transmissibilidade do COVID-19, deverá ser adotada como medida não farmacológica, o isolamento domiciliar da pessoa com sintomas respiratórios e das pessoas que residam no mesmo endereço, ainda que estejam assintomáticos, devendo permanecer em isolamento pelo período máximo de 14 (quatorze) dias.

- 7 dias para assintomáticos e 14 dias para sintomáticos.
- Contatos domiciliares de casos confirmados, **mesmo que negativos**, manter isolamento domiciliar pelo mesmo período do caso confirmado.

Critério para retorno ao trabalho – casos confirmados COVID-19:

- TER CUMPRIDO O PERÍODO DE ISOLAMENTO POR PELO MENOS 14 DIAS;
- ESTAR SEM SINTOMAS RESPIRATÓRIOS (a anosmia pode permanecer por tempo indeterminado).









VIAJANTES:

Pessoas provenientes de locais de transmissão comunitária, devem permanecer em isolamento domiciliar por 7 dias, pelo risco de desenvolvimento de sintomas, assim como transmissão do vírus a demais pessoas da família e comunidade.

Apresentando sintomas durante monitoramento de 7 dias: realizar coleta de Swab para RT-PCR para envio ao LACEN e notificar o caso no E-SUS VE.

Destacamos neste grupo os profissionais caminhoneiros.

▶ Definições e Observações

Febre:

- Considera-se febre temperatura acima de 37,8°C;
- Alerta-se que a febre pode não estar presente em alguns casos como por exemplo: crianças abaixo de 5 anos, idosos, imunossuprimidos ou que em algumas situações possam ter utilizado medicamento antitérmico. Nessas situações, a avaliação clínica deve ser levada em consideração e a decisão deve ser registrada na ficha de notificação;
- Considerar a febre relatada pelo paciente, mesmo não mensurada.

Contato próximo de casos confirmados de COVID-19:

- Uma pessoa que teve contato físico direto (por exemplo, apertando as mãos com caso confirmado);
- Uma pessoa que tenha contato direto desprotegido com secreções infecciosas (por exemplo, gotículas de tosse, contato sem proteção com tecido ou lenços de papel usados e que contenham secreções);
- Uma pessoa que teve contato frente a frente por 15 minutos ou mais e a uma distância inferior a 1 metro;
- Uma pessoa que esteve em um ambiente fechado (por exemplo, sala de aula, sala de reunião, sala de espera do hospital etc.) por 15 minutos ou mais e a uma distância inferior a 1 metro;
- Um profissional de saúde ou outra pessoa que cuide diretamente de um caso de COVID-19 ou trabalhadores de laboratório que manipulam amostras de um caso de COVID-19 sem Equipamento de Proteção Individual (EPI) recomendado, ou com uma possível violação do EPI.









Contato domiciliar de caso confirmado de COVID-19:

 Uma pessoa que resida na mesma casa/ambiente. Devem ser considerados os residentes da mesma casa, colegas de dormitório, creche, alojamento etc.

Transmissão comunitária:

- Em 20 de março de 2020, foi declarado que a transmissão do novo Coronavírus passou a ser considerada comunitária em todo o território nacional.
- Define-se como TRANSMISSÃO COMUNITÁRIA a ocorrência de casos autóctones sem vínculo epidemiológico a um caso confirmado que pertença a uma cadeia de transmissão conhecida.
- Campo Grande, Corumbá, Três Lagoas, Dourados e Naviraí há o registro de casos positivos sem vínculo epidemiológico, portanto, considera-se transmissão comunitária.

Medidas Importantes

- Lavar as mãos frequentemente com água e sabão ou com um desinfetante para as mãos à base de álcool 70% e evitar tocar os olhos, o nariz e boca com as mãos não lavadas;
- Praticar etiqueta respiratória (ou seja, cobrir a boca e o nariz com o antebraço ao tossir ou espirrar com lenços descartáveis, desprezando-os imediatamente após o uso em uma lixeira fechada e higienizar as mãos em seguida);
- Recomenda-se o uso de máscaras a toda população. É importante lavar as mãos com água e sabão ou álcool em gel a 70% antes de colocar a máscara facial. Além disso, deve-se substituir a máscara por uma nova limpa e seca, assim que ela se tornar úmida.
- Considera-se pessoa com sintomas respiratórios, a apresentação de tosse seca, dor de garganta, ou dificuldade respiratória, acompanhada ou não de febre.
- As pessoas devem observar o distanciamento social, restringindo seus deslocamentos para realização de atividades estritamente necessárias, evitando transporte de utilização coletiva, viagens e eventos esportivos, artísticos, culturais, científicos, comerciais e religiosos e outros com concentração próxima de pessoas.









QUEM DEVE NOTIFICAR

A notificação é **OBRIGATÓRIA** para profissionais de saúde de instituições do setor público ou privado, em todo o território nacional.

NOTIFICAÇÃO IMEDIATA: Todos os casos devem ser registrados por serviços públicos e privados, por meio do preenchimento da ficha de SRAG HOSPITALIZADO – SIVEP GRIPE, dentro das primeiras 24 horas a partir da suspeita clínica.

PLANTÃO CIEVS 24HS - 98477-3435

cievs.ms@hotmail.com

Secretaria de Saúde do Estado do Mato Grosso do Sul Avenida do Poeta, Bloco 7 - CEP: 79.031-902 - Campo Grande/MS (67) 3318-1770 - coems2020@gmail.com











SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA DE ISOLAMENTO

(Contatos, casos suspeitos e/ou confirmados de Covid -19)

Eu,		(nome	do	paciente ou	responsá	ivel legal),	RG	nº
	, CPF n ^o	2	,	residente	e	domicilia	ido	na
a .		Bairro		,	CEP			_ ,
na cidade de				, Estado _	,	declaro	que	fui
devidamente	informado(a)	pelo		profission	al	de	sa	iúde
					(non	ne do pro	ofissio	nal,
profissão e nº do	Conselho de classe).							
DECLARO	que fui informado a	ncerca do iso	olame	nto domicili	ar de ac	ordo com	ı a LE	l Nº
13.979, DE 6 DE F	FEVEREIRO DE 2020,	necessário	diant	e da suspeit	a ou con	ıfirmação	do NO	OVC
CORONAVIRUS (COVID-2019), tendo	ciência de	seus	benefícios	e riscos	, assim d	omo	das
consequências e d	complicações decorr	entes de sua	não	realização. I	Me comp	orometo a	segu	ir as
orientações que n	ne foram mencionad	las, e assum	o toda	as as conseq	uências e	e responsa	abilida	ades
da não realização	, inclusive as penali	idades legais	prev	istas no Cóc	ligo Pena	al Brasileir	o em	seu
artigo 267 para ta	is atos.							
O isolamento tem	n data de início em _			, término pr	evisto pa	ara		, no
seguinte local de	cumprimento da me	dida:				(endereç	o).	
Assinatura do Cie	ntificado :			<u></u>				
Data:								
Hora:								











Nō

SIVEP Gripe

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DA GRIPE

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. Data do preenchimento da ficha de notificação: Data de 1ºs sintomas da SRAG: Código (IBGE): 3 UF: Município: Unidade de Saúde: Código (CNES): CPF do cidadão: 7 Nome: Sexo: 1- Masc. 2- Fem. 9- Ign **Dados do Paciente** Data de nascimento: 10 (ou) Idade: 11 Gestante: 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 1-Dia 2-Mês 3-Ano |___| 3-3º Trimestre 4-Idade Gestacional Ignorada 5-Não Raça/Cor: | 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9-Ignorado 12 6-Não se aplica 9-Ignorado Se indígena, qual etnia? 14 Escolaridade: | 0-Sem escolaridade/Analfabeto 1-Fundamental 1º ciclo (1º a 5º série) 2- Fundamental 2º ciclo (6º a 9º série) 3-Médio (1º ao 3º ano) 4-Superior 5-Não se aplica 9-Ignorado Nome da mãe: 15 16 CEP: Dados de residência 17 Município: UF: Código (IBGE): 19 Bairro: 20 Logradouro (Rua, Avenida, etc.): 22 Complemento (apto, casa, etc...): 23 (DDD) Telefone: 24 Zona: |___|1-Urbana 2-Rural 3-Periurbana 9-Ignorado 25 País: (se residente fora do Brasil) 26 Paciente tem histórico de viagem internacional até 14 dias antes do início dos sintomas? | 1-Sim 2-Não 9-Ign 27 Se sim: Qual país? 28 Em qual local? 29 Data da viagem: Data do retorno: 31 É caso proveniente de surto de SG que evoluiu para SRAG? |__| 1-Sim 2-Não 9-Ignorado 32 Trata-se de caso nosocomial (infecção adquirida no hospital)? 1-Sim 2-Não 9-ignorado 33 Paciente trabalha ou tem contato direto com aves ou suínos? |__ | 1-Sim 2-Não 9-ignorado 34 Sinais e Sintomas: 1-Sim 2-Não 9-ignorado |__| Febre __ Tosse |_| Dor de Garganta Dispneia |__| Desconforto Respiratório Dados Clínicos e Epidemiológicos |__| Saturação O₂< 95% | Outros |__| Diarreia |__| Vômito 35 Possui fatores de risco/comorbidades? |__ | 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se sim, qual(is)? (Marcar X) |__| Puérpera (até 45 dias do parto) |__| Doença Hematológica Crônica |__| Doença Cardiovascular Crônica |__| Síndrome de Down Doença Hepática Crônica | | Asma __ | Diabetes mellitus Doença Neurológica Crônica | Outra Pneumopatia Crônica | Imunodeficiência/Imunodepressão |__| Doença Renal Crônica Obesidade, IMC __ Outros _ 36 Recebeu vacina contra Gripe na última campanha? 37 Data da vacinação: ___ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se < 6 meses: a mãe recebeu a vacina? 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se sim, data: a mãe amamenta a criança? | 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)









	38 Usou antiviral para gripe? 39 Qual antiviral? 1-Sim 2-Não 9-Ignorado 1-Oseltamivir 2-Zanamivir 3-Outro, especifique:	40 Data início do tratamento
	41 Houve internação? _ 42 Data da internação por SRAG: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	43 UF de internação:
ento	44 Município de internação:	Código (IBGE):
endim	45 Unidade de Saúde de internação:	Código (CNES):
Dados de Atendimento	46 Internado em UTI? 47 Data da entrada na UTI:	48 Data da saída da UTI:
Sados	49 Uso de suporte ventilatório: 50 Raio X de Tórax: 1-Sim, invasivo 2-Sim, não invasivo 1-Normal 2-Inflitrado intersticial 3-Cons	51 Data do Raio X:
	3-Não 9-Ignorado 4-Misto 5-Outro:	
2	The management of the state of	-orofaringe 2-Lavado Broco-alveolar
	9-Ignorado	em 4-Outra, qual?
	 Nº Requisição do GAL: Resultado da IF/outro método que não seja Data do resultado 	do da IF/outro método que não seja
	Biologia Molecular: Biologia Molecu 1-Posítivo 2-Negativo 3-Inconclusivo 4-Não realizado	lar:
	5-Aguardando resultado 9-Ignorado 58 Agente Etiológico — IF/outro método que não seja Biologia Molecular:	
	Positivo para Influenza? 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se sim, qual influe	nza? 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 Parainfl Outro vírus respiratório, especifique:	uenza 3 Adenovírus
ais	59 Laboratório que realizou IF/outro método que não seja Biologia Molec	cular: Código (CNES):
atori	l bl	lo RT-PCR/outro método por
Dados Laboratoriais	Biologia Molecular: Biologia Molecu 1-Detectável 2-Não Detectável 3-Inconclusivo 4-Não realizado 5-Aguardando resultado 9-Ignorado	lar:
Dado	62 Agente Etiológico — RT-PCR/outro método por Biologia Molecular: Positivo para Influenza? 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se sim, qual influ	enza? 1- Influenza A 2- Influenza B
		3-Influenza A não subtipado 6-Outro, especifique:
	Influenza B, qual linhagem? 1-Victoria 2-Yamagatha 3-Não realizado 4-Inconclusi	vo 5-Outro, especifique:
	Positivo para outros vírus? 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	
	Parainfluenza 4 Adenovírus Metapneumovírus Bo Outro vírus respiratório, especifique:	orainfluenza 2 Parainfluenza 3 ocavírus Rinovírus
	Laboratório que realizou RT-PCR/outro método por Biologia Molecula ———————————————————————————————————	r: Código (CNES):
	64 Classificação final do caso: 65	Critério de Encerramento:
Conclusão	2-SRAG por outro vírus respiratório 3-SRAG por outro agente etiológico, qual 4-SRAG não especificado	2-Vínculo-Epidemiológico 3-Clínico
Con	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	Data do Encerramento:
69	1-Cura 2-Öbito 9-Ignorado	
70	Profissional de Saúde Responsável: 71	Registro Conselho/Matrícula:



SES GOVERNO
DO ESTADO
HITO GORGO GO SU
Diretoria Geral de Vigilância em Saúde









		n	Uso de testes rápidos para detecção de anticorpos SARS-COV-2 aos serviços de saúde	ara det	ecção de anticorpos 9	SARS-COV-	2 aos serviço	s de saúde					
			TE TE	STES RÁ	TESTES RÁPIDOS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE	IO DA SAÚ	DE						
		RECOMEN	RECOMENDAÇÃO DE USO, conforme fluxo para pessoas que se enquadrem em uma das categorias (Nota Técnica Nº11/2020-DESF/SAPS/MS);	para pesso	as que se enquadrem em uma	a das categorias	(Nota Técnica Nº1.	1/2020-DESF/SAPS/N	15):				
				+i	1. profissionais de saúde em atividade;	idade;							
				2. profis	2. profissionais de segurança pública em atividade;	m atividade;							
			3. pessoa que resida	no mesmo	3. pessoa que resida no mesmo domicílio de um profissional de saúde ou segurança em atividade;	le saúde ou seg	ırança em atividade						
				4. pessi	4, pessoas com idade igual ou superior a 60 anos;	r a 60 anos;							
porta	portadores de condições de saúde crônicas: cardiopatias graves ou descompensados (insuficiência cardiaca, infartados, revascularizados, arritmias); pneumopatias graves ou descompensados (insuficiência cardiaca, infartados, revascularizados, arritmias); pneumopatias graves ou descompensados (insuficiência cardiaca, infartados, revascularizados, arritmias); pneumopatias graves ou descompensados (insuficiência cardiaca, infartados, revascularizados, arritmias); pneumopatias graves ou descompensados (insuficiência cardiaca, infartados, revascularizados, arritmias); pneumopatias graves ou descompensados (insuficiência cardiaca, infartados, revascularizados, arritmias); pneumopatias graves ou descompensados (insuficiência cardiaca, infartados, revascularizados); infartados (insuficiência cardiaca, infartados);	cardiopatias graves ou descompe	nsados (insuficiência cardíaca, inf em estágio avançado (artados, rev graus 3, 4 e	uficiência cardíaca, infartados, revascularizados, arritmias); pneumopatias graves ou descompensados em estágio avançado (graus 3, 4 e 5); diabetes mellitus, conforme juizo clínico e gestação de alto risco.	imopatias grave le juízo clínico e	s ou descompensad gestação de alto ris	os (asma moderada/ co.	grave, DPOC); imunodepri	essão por q	ualquer cau	isa; doença renal crônica	
	LIVECTO	Violegaiona Calonaire	MUNICÍPIO QUE REALIZOU A	Javar	DATA DE INÍCIO DE	лпон	HOUVE VIAGEM?	Ožasiroda	Oğumlar adınığı	RESULTADO	TADO	CO SO MARTER PARTY OF	
	THOM:	MONICIED RESIDENCIA	TESTAGEM	DADE	SINTOMAS	NÃO	SIM, ONDE?	racrissac	וטכאר טר אוטאלאט	+		HOOVE INTERNAÇÃO:	
1													
2													_
3													_
4													
2													
9													_
7													_
00													
6													
10													
		** -											
	Nome e carimbo	Nome e carimbo do responsável pela solicitação:											
										20			
-													









Planilha de Monitoramento de Casos Supeitos e/ou Confirmados de Covid-19 em isolamento domiciliar

GOVERNO DO ESTADO Mato Grosso do Sul

COLLICINAL	2	vel:	//2020
elli isolalliellio	Municipi	Response	Data:
anna de conid-13 elli i			
a superios e/ ou commin			
ito de casos anhe			
III OI WILL			

		1 -Status		2-Iso.	2-Isolamento	3 -Sintomas	mas	4 -	4 - Tipo Contato	0	5- Testado	tado	1-9	6 - Resultado	7 -Visita/Contato	8- Data e hora da	
NOME	Suspeito	Suspeito Confirmado Exposto		Sim Não		Sim	Não Li	Ligação	Whatsapp Vis.Domic	Vis.Domic	Sim	Não R	RT PCR T	TESTE RÁPIDO	N ₆	visita ou contato	OBSERVAÇÕES
	5	1															
													85 8				
														5 8			
													- 60				
	-			_ (50				
	- 40						- 2		100					3			
			55.		E.		8				er C						
	12																
													8-8				
			07														
													0				
													5				
			- 50										880				
													72				

Campos 1,2,3,4,5 - preencher com X

Campos 14,17 (positivo) ou (negativo) ou NR (não realizado).
Campos 1,17 (positivo) ou (negativo) ou NR (não realizado).
Campos 7 - usar número (se a visita ou contato for a 1º usar 1; se for a 2º usar 2 e assim sucessivamente;
Usar uma Planilha por dia
O Profissional de Saúde deve manter o Sigilo Epidemiológico, que é um preceito legal -artigo 154 Código Penal e como tal deve ser rigorosamente preservado;













Governo do Estado de Mato Grosso do Sul Secretaria de Estado de Saúde Diretoria Geral de Vigilância em Saúde





ORIENTACOES A PESSOAS EM ISOLAMENTO DOMICILIAR POR COVID-19

O Coronavírus causa uma doença chamada COVID-19. Como nunca tivemos contato com o vírus antes, não temos imunidade e **todos estamos expostos a contrair**. Por isso saiba, a doença se transmite por :



Se na sua casa tem alguém contaminado, a pessoa precisa ficar em isolamento domiciliar, para se proteger , proteger as demais pessoas da família e a comunidade onde reside.

Cuidados no isolamentodomiciliar



Não basta só ficar em casa: para combater o coronavírus no isolamento, é preciso seguir algumas orientações:

Não receber visitas e limitar o numero de pessoas com acesso	O cômodo com o paciente isolado deve ficar todo o tempo com
ao paciente em isolamento; Use máscara o tempo todo e	a porta fechada. Mas é necessário manter a janela aberta para
mantenha a distância mínima de 2 metros do paciente isolado;	que haja uma fonte de ventilação e entrada de luz solar.
Nos casos de salas compartilhadas ou casas com apenas um	A pessoa infectada ou com suspeita de infecção deve
cômodo, pessoas infectadas e pessoas sem a doença não	de trocar a própria roupa de cama, colocar em saco plástico
podem compartilhar o mesmo sofá ou colchão. A	antes de levar à máquina de lavar ou ao tanque. Manter uma
recomendação é manter 2 metros de distância da pessoa	lixeira ao lado da cama, com saco plástico. Evitar agitar a roupa
infectada ou suspeita",	suja.
Se o banheiro é compartilhado, o paciente infectado ou com	Separe toalhas de banho, garfos, facas, colheres, copos e outros
suspeita precisa desinfetar todas as superfícies usadas por ele:	objetos apenas para uso do paciente em isolamento;
vaso sanitário, interruptores, maçaneta, descarga, pia,	O lixo produzido precisa ser separado e descartado;
torneiras,etc;	C
Para limpar a casa, a pessoa precisa estar com máscara, luva,	Não compartilhar objetos e itens de uso pessoalcomo pasta de
óculos e avental; todas as superfícies de contatos constantes	dente, sabonete, toalhas de banho e de rosto, etc; Também é
devem ser limpas: pia, maçanetas, mesas, interruptores,	necessário tirar a escova de dente da pessoa infectada ou com
assentos de sofá, cadeiras e vaso sanitário, torneiras, etc; usar	suspeita do mesmo recipiente das demais.
sabão, álcool 70% e desinfetantes são eficientes para a	Não se recomenda uso partilhado de tereré ou chimarrão.
limpeza;	
Lave as mãos frequentemente com água e sabão por pelo	A alimentação deverá ser deixada na porta do quarto e se
menos 20 segundos. Isso é especialmente importante depois	possível em material descartável. Senão, lavar separadamente
de assoar o nariz, tossir ou espirrar, idas ao banheiro e antes de	dos demais utensílios da casa;
comer ou preparar a comida;	O lixo proveniente do quarto do paciente em isolamento deve
	ser muito bem fechado antes do descarte;
Monitore seus sintomas – preocupe-se se apresentar febre e	Não deve haver contato direto com secreções orais,
dificuldade respiratória – Nessa situação, o paciente ou outro	respiratórias (catarro, coriza, etc), urina, fezes e resíduos. Usar
membro da família em isolamento deverá procurar o serviço	luvas descartáveis sempre que houver possibilidade de entrar
de saúde imediatamente;	em contato com esses fluidos; higiene das mãos antes e depois
	de retirar as luvas e a máscara;
Durante este período de isolamento, descanse e mantenha-se	O descumprimento das medidas de isolamento e quarentena
hidratado (tomando água);	previstas em Lei (Código Penal Brasileiro – art. 267, 268, 131 e
Atenda o telefone, responda as mensagens por Whatss ou	132) acarretará a responsabilização do paciente nos termos
receba o profissional de saúde quando for procurado – Ele	previstos.
quer proteger você, sua família e a comunidade.	











№ e-SUS Vigilância Epidemiológica

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE SG SUSPEITO DE DOENÇA PELO CORONAVÍRUS 2019 - COVID-19 (B34.2)

Definição de caso: indivíduo com quadro respiratório agudo, caracterizado por sensação febril ou febre, mesmo que relatada, acompanhada de tosse OU dor de garganta OU coriza.

Em crianças: considera-se também obstrução nasal, na ausência de outro diagnóstico específico.

Em idosos: a febre pode estar ausente. Deve-se considerar também critérios específicos de agravamento como sincope, confusão mental, sonolência excessiva irritabilidade e inapetência

UF:	Município de Notific				
	Tem CPF? (Marcar X)	Estrangeiro: (Marcar X)		É profissional de saúde ou segurança? (Marca	ar X)
	Sim Não	Sim Não	(5)	Sim Não	
0	CBO:		CPF:	_ _ _ _	
١ÇÃ	CNS: _ _	_ _ _ _ _ _	_[
FIC/	Nome Completo:				
DENTIFICAÇÃO	Nome Completo da Mãe:	(h			
IDE	Data de nascimento:	_ Pa	s de orige	m:	
	Sexo: (Marcar X)	Raça/COR: (Marcar		Passaporte:	
	Masculino Fer	minino Branca _ Parda _	_ Preta _ Indígena	Amarela	
	CEP:	_ _ _	10000 V.100-1		
	UF: _ Município	de Residência:			
	Logradouro:	-	Número	;	
	Complemento:			Bairro:	
	Telefone Celular: _	_ _ _ _	Tele	fone do contato: _ _ _ _ _ _ _	
	Data da Notificação:				
cos	Sintomas: (Marcar X) Dor de Garganta	Dispneia Febre	Data do i	início dos sintomas:	
ÓGI	Tosse	Outros			
IIOL	Condições: (Marcar X)				
DEN	Doenças respiratorias c	crônicas descompensadas nicas			
EPII	Diabetes				
303	<pre> Doenças renais crônica Imunossupressão</pre>	s em estágio avançado (graus 3	, 4 e 5)		
ĮNIC	Gestante de alto risco				
S CL	Portador de doenças cr	omossômicas ou estado de fra	gilidade imu	unológica	
DADOS CLÍNICOS EPIDEMIOLÓGICOS	Estado do Teste: (Marcar X)	Data da Coleta do Teste:	Tipo de T	Teste: (Marcar X) Resultado do tes	te:
/d	Solicitado	The control of the co		e rápido – anticorpo (Marcar X)	100704000
	Coletado Concluído	1 1		e rápido – antígeno Negativo	
					_
	Classificação final: (Marcar)				
	Confirmação clínico e	1 1	iauo	Internado Internado em UI	ГІ
	Descartado		atamento d		1.050
	Data de encerramento:				
		Informações complem	entares e	observações	
Obs	servações Adicionais				
					_
<u> </u>					

e-SUS VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA 09/04/2020