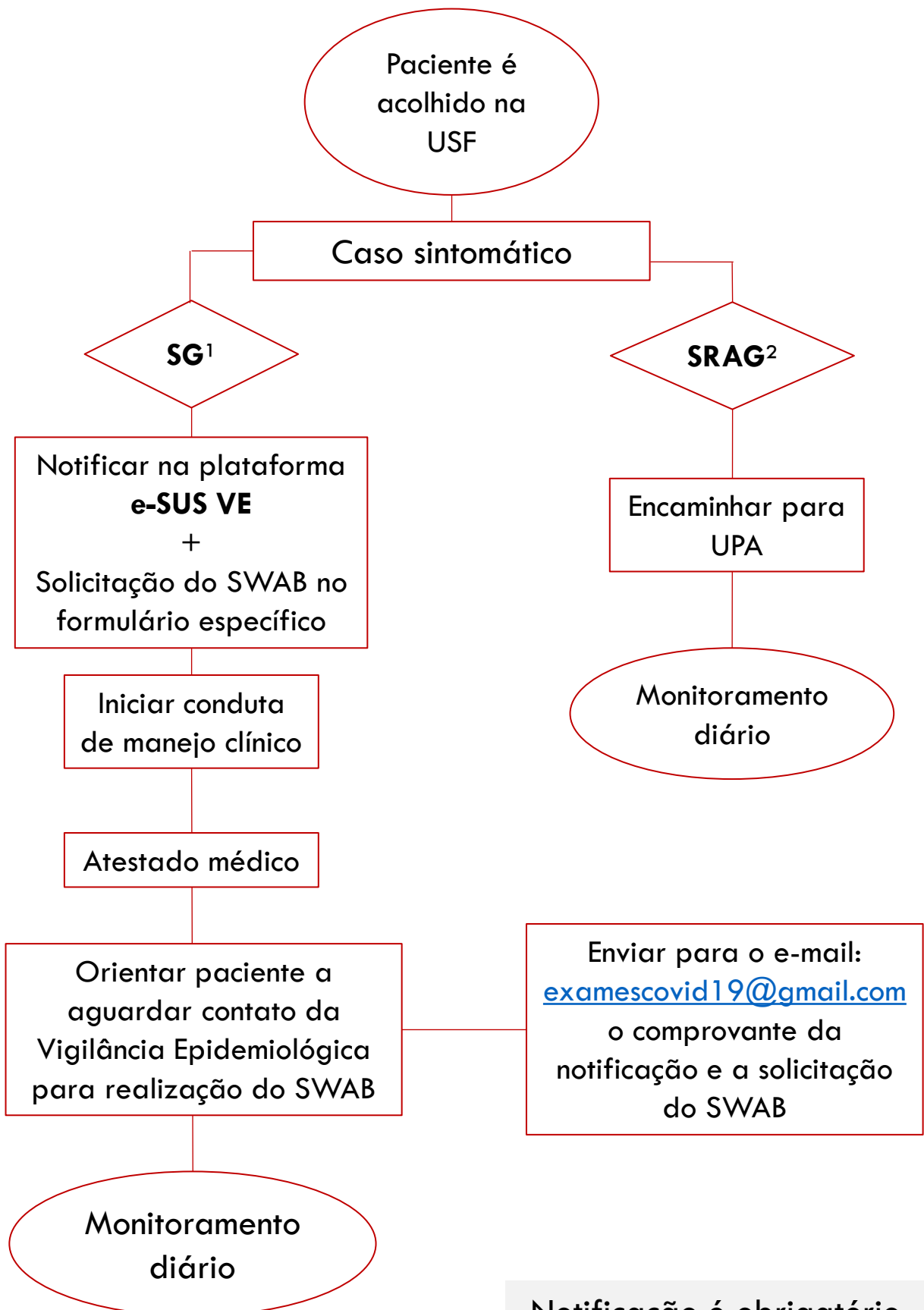




Fluxo de notificação e coleta de SWAB para Covid-19

UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA - USF



¹ Síndrome Gripal

² Síndrome Respiratória Aguda Grave

Notificação é obrigatório o preenchimento do CPF (e-SUS VE)



NOTIFICAÇÕES DE SÍNDROME GRIPAL E SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE

SÍNDROME GRIPAL (SG)

Indivíduo com quadro respiratório agudo, caracterizado por pelo menos dois (2) dos seguintes sinais e sintomas:

- Febre (mesmo que referida);
- Calafrios;
- Dor de garganta;
- Dor de cabeça;
- Tosse;
- Coriza;
- Distúrbios olfativos;
- Distúrbios gustativos;

ATENÇÃO!

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. Na suspeita de COVID-19, a febre pode estar ausente e sintomas gastrointestinais (diarreia) podem estar presentes.

A notificação de Síndrome Gripal (SG) dos casos suspeitos, que não atenderem à definição de caso para SRAG, deverá ser realizada no sistema **E-SUS notifica** através do endereço: <https://notifica.saude.gov.br>

SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE (SRAG)

Paciente internado com Síndrome Gripal que apresente:

- Dispneia desconforto respiratório **ou**;
- Pressão persistente no tórax dor no tórax **ou**;
- Saturação de O₂ menor de 95% em ar ambiente **ou**;
- Coloração azulada dos lábios ou face **ou**;
- Evolução para óbito por SRAG independente da internação.

Alguns pacientes podem apresentar diarreia e/ou vômito; Em crianças: além dos itens anteriores, observar os batimentos de asa de nariz, cianose, tiragem intercostal, desidratação e inapetência.

Os casos e óbito por SRAG devem ser notificados através do preenchimento de formulário eletrônico no endereço <https://www.cievspe.com/notifiqueaqui>, clicando em SRAG – Notifique aqui! (Covid-19) e anexando a ficha de SRAG preenchida ao formulário eletrônico.

Unidade de Saúde:

Nome do Paciente:

Data de nascimento:

CPF/CNS:

Procedimento: Solicitação de Swab para Covid-19

Hipótese Diagnóstica:

Síndrome Gripal Leve; Início dos sintomas: ___/___/___

SRAG; Início dos sintomas: ___/___/___

Gestantes (entre 37 e 38 semanas de gestação); Semana gestacional: _____

Pré-operatório de cirurgias eletivas;

Tipo de cirurgia: _____ Data da cirurgia: ___/___/___

Contato domiciliar de caso confirmado Covid-19;

Paciente oncológico clínico e/ou cirúrgico;

Doadores e receptores de órgãos no pré-transplante;

Recém-nascido e/ou feto morto, cuja mãe seja um caso suspeito ou confirmado para Covid-19;

Estabelecimento de Ensino (estudantes, trabalhadores da educação e colaboradores sintomáticos conforme definição de caso de Síndrome Gripal ou SRAG);

Coleta pós óbito.

Data: ___/___/___

Assinatura e Carimbo



Unidade de Saúde:

Nome do Paciente:

Data de nascimento:

CPF/CNS:

Procedimento: Solicitação de Swab para Covid-19

Hipótese Diagnóstica:

Síndrome Gripal Leve; Início dos sintomas: ___/___/___

SRAG; Início dos sintomas: ___/___/___

Gestantes (entre 37 e 38 semanas de gestação); Semana gestacional: _____

Pré-operatório de cirurgias eletivas;

Tipo de cirurgia: _____ Data da cirurgia: ___/___/___

Contato domiciliar de caso confirmado Covid-19;

Paciente oncológico clínico e/ou cirúrgico;

Doadores e receptores de órgãos no pré-transplante;

Recém-nascido e/ou feto morto, cuja mãe seja um caso suspeito ou confirmado para Covid-19;

Estabelecimento de Ensino (estudantes, trabalhadores da educação e colaboradores sintomáticos conforme definição de caso de Síndrome Gripal ou SRAG);

Coleta pós óbito.

Data: ___/___/___

Assinatura e Carimbo

UPA 24h – UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

Diretora : Mellyssa Almeida

Fevereiro 2021

FLUXO – SRAG

O usuário com **HD: SRAG** atendido em nossa unidade, deverá ser notificado imediatamente na ficha individual manual, com assinatura e carimbo do médico responsável pelo atendimento.



Após a notificação manual, a equipe deverá realizar a notificação no **CIEVS PE** (Centro de informações estratégicas de Vigilância em Saúde) **médicos** ou **enfermeiros** e anexar a notificação manual nesse sistema, o link de acesso: <https://covidform.alis.solutions>.

IMPORTANTE que a solicitação do **SWAB** seja realizada no modelo disponibilizado pela epidemiologia.

Modelo de solicitação de swab.

Unidade de Saúde: _____

Nome do Paciente: _____

Data de nascimento: ____/____/____

CPF/CNS: _____

Procedimento: Solicitação de Swab para Covid-19

Hipótese Diagnóstica:

Síndrome Gripal Leve; Início dos sintomas: ____/____/____

SRAG; Início dos sintomas: ____/____/____

Gestantes (entre 37 e 38 semanas de gestação); Semana gestacional: _____

Pré-operatório de cirurgias eletivas;

Tipo de cirurgia: _____ Data da cirurgia: ____/____/____

Contato domiciliar de caso confirmado Covid-19;

Paciente oncológico clínico e/ou cirúrgico;

Doadores e receptores de órgãos no pré-transplante;

Recém-nascido e/ou feto morto, cuja mãe seja um caso suspeito ou confirmado para Covid-19;

Estabelecimento de Ensino (estudantes, trabalhadores da educação e colaboradores sintomáticos conforme definição de caso de Síndrome Gripal ou SRAG);

Coleta pós óbito.

Data: ____/____/____

Assinatura e Carimbo

Importante colocar o nome da unidade de saúde para o monitoramento da atenção básica.

Modelo da ficha manual.

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 e dor de garganta e que apresente dispnéia ou saturação de O₂ < 95% ou desconforto respiratório ou que evoluiu para óbito por SRAG independente de internação.

1 Data do preenchimento da ficha de notificação: _____ 2 Data de 1ªs sintomas da SRAG: _____

3 UF: _____ 4 Município: _____ Código (IBGE): _____

5 Unidade de Saúde: _____ Código (CNES): _____

Dados do Paciente

6 CPF do paciente: _____ 7 Nome: _____ 8 Sexo: 1-Masculino 2-Feminino 9-Ignorado

9 Data de nascimento: ____/____/____ 10 (ou) Idade: ____ 11 Gestante: 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4-Idade Gestacional Ignorada 5-Não 6-Não se aplica 9-Ignorado

12 Raça/Cor: 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9-Ignorado

13 Se indígena, qual etnia? _____

14 Escolaridade: 0-Sem escolaridade/Analfabeto 1-Fundamental 1º ciclo (1ª a 5ª série) 2-Fundamental 2º ciclo (6ª a 9ª série) 3-Médio (1ª ao 3ª 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: 1-Urbana 2-Rural 3-Periurbana 9-Ignorado 25 País: (se residente fora do Brasil) _____

Dados Clínicos e Epidemiológicos

26 É caso proveniente de surto de SG que evoluiu para SRAG? 1-Sim 2-Não 9-Ignorado

27 Trata-se de caso com infecção de SRAG adquirida após internação hospitalar? 1-Sim 2-Não 9-Ignorado

28 Paciente trabalha ou tem contato direto com aves ou suínos? 1-Sim 2-Não 9-Ignorado

27 Trata-se de caso com infecção de SRAG adquirida após internação hospitalar? 1-Sim 2-Não 9-Ignorado

28 Paciente trabalha ou tem contato direto com aves ou suínos? 1-Sim 2-Não 9-Ignorado

29 Sinais e Sintomas: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado

Febre Tosse Dor de Garganta Dispneia Desconforto Respiratório

Saturação O₂ < 95% Diarreia Vômito Outros _____

30 Possui fatores de risco/comorbidades? 1-Sim 2-Não 9-Ignorado

Se sim, qual(is)? (Marcar X)

Puérpera (até 45 dias do parto) Doença Cardiovascular Crônica Doença Hematológica Crônica

Síndrome de Down Doença Hepática Crônica Asma

Diabetes mellitus Doença Neurológica Crônica Outra Pneumopatia Crônica

Imunodeficiência/Imunodepressão Doença Renal Crônica Obesidade, IMC _____

Outros _____

31 Recebeu vacina contra Gripe na última campanha? 1-Sim 2-Não 9-Ignorado 32 Data da vacinação: _____

Se < 6 meses: a mãe recebeu a vacina? 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se sim, data: ____/____/____

a mãe amamentou 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)



O Enfermeiro plantonista deverá entrar em contato com o laboratório solicitando o material para realização da coleta do swab na unidade, a liberação do laboratório dependerá do preenchimento correto das notificações descritas acima. Após realização da coleta, enviar a amostra ao laboratório. **(ATT. Para o período do início dos sintomas)**

Documento Assinado Digitalmente por: MARIA LUCIA MATIAS FERREIRA
Acesse em: https://cve:cc:pe.gov.br/epv/validaDoc.seam Código do documento: 4ed5c5a01-b5ec-4d7b-82ec-144b0950841