



MINISTÉRIO DA  
SAÚDE



Resize font:  
⊕ | ⊞

## Ficha de notificação para casos suspeitos de Novo Coronavírus (2019-nCoV)

### Critérios clínicos

### Critérios epidemiológicos

Febre <sup>1</sup> e sintomas respiratórios (por exemplo, tosse e dificuldade para respirar)	e	Nos últimos 14 dias antes do início dos sintomas, histórico de viagem a área com transmissão local* <b>ou</b> Nos últimos 14 dias antes do início dos sintomas, tenha tido contato próximo <sup>2</sup> com caso suspeito para 2019-nCoV
Febre <sup>1</sup> ou sintomas respiratórios (por exemplo, tosse e dificuldade para respirar)	e	Nos últimos 14 dias, tenha tido contato próximo <sup>2</sup> com caso confirmado em laboratório para 2019-nCoV

\*As áreas com transmissão local serão atualizadas e disponibilizadas no site do Ministério da Saúde, no link: [saude.gov.br/listacorona](http://saude.gov.br/listacorona).

<sup>1</sup> Febre pode não estar presente em alguns casos, como por exemplo, em pacientes jovens, idosos, imunossuprimidos ou que em algumas situações podem ter utilizado medicamento antitérmico. Nestas situações, a avaliação clínica deve ser levada em consideração. <sup>2</sup> O contato próximo é definido como: estar a aproximadamente (2 metros), de um paciente com suspeita de caso por novo Coronavírus, dentro da mesma sala ou área de atendimento, por um período prolongado, sem uso de equipamento de proteção individual (EPI). O contato próximo pode incluir cuidar, morar, visitar ou compartilhar uma área ou sala de espera de assistência médica ou ainda nos casos de contato direto com fluidos corporais, enquanto não estiver usando o equipamento de proteção individual recomendado.

### Identificação do paciente:

**Data da notificação:**

\* must provide value


 D-M-Y H:M

**Número do cartão SUS (CNS):**

Não é obrigatório o preenchimento

**CPF:**

Não é obrigatório o preenchimento

**Nome completo do paciente:**

\* must provide value

Preencher com o nome completo do caso

**Gênero:**

Masculino  Feminino

[reset](#)

<b>Data de nascimento:</b>	<input type="text"/>  Today D-M-Y
<b>Idade em anos:</b>	<input type="text"/>
<b>Nome da mãe:</b> <small>* must provide value</small>	<input type="text"/>
<b>Nacionalidade</b>	<input type="text"/>
<b>País de residência:</b> <small>* must provide value</small>	<input type="text"/>
<b>Endereço completo:</b>	<input type="text"/>
<b>CEP residência:</b>	<input type="text"/>

**Dados do caso**

<b>Data dos primeiros sintomas:</b>	<input type="text"/>  Today D-M-Y
-------------------------------------	--

<b>Selecione os sintomas apresentados</b>	<input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Dor de garganta <input type="checkbox"/> Dificuldade de respirar <input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Náusea/vômitos <input type="checkbox"/> Cefaleia (dor de cabeça) <input type="checkbox"/> Coriza <input type="checkbox"/> Irritabilidade/confusão <input type="checkbox"/> Adinamia (fraqueza) <input type="checkbox"/> Outros
---	---

<b>Selecione os sinais clínicos observados:</b>	<input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Exsudato faríngeo <input type="checkbox"/> Convulsão <input type="checkbox"/> Conjuntivite <input type="checkbox"/> Coma <input type="checkbox"/> Dispneia/Taquipneia <input type="checkbox"/> Alteração de ausculta pulmonar <input type="checkbox"/> Alteração na radiologia de tórax <input type="checkbox"/> Outros
---	---

<b>Morbidades prévias (selecionar todas morbidades pertinentes):</b>	<input type="checkbox"/> Doença cardiovascular, incluindo hipertensão <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Doença hepática <input type="checkbox"/> Doença neurológica crônica ou neuromuscular <input type="checkbox"/> Imunodeficiência <input type="checkbox"/> Infecção pelo HIV <input type="checkbox"/> Doença renal <input type="checkbox"/> Doença pulmonar crônica <input type="checkbox"/> Neoplasia (tumor sólido ou hematológico)
<b>Paciente foi hospitalizado?</b>	<input checked="" type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe <a href="#">reset</a>
<b>Nome do hospital de internação:</b>	<input type="text"/>
<b>Data da internação hospitalar:</b>	<input type="text"/>  Today D-M-Y
<b>Data da alta hospitalar:</b>	<input type="text"/>  Today D-M-Y
<b>Data do isolamento:</b>	<input type="text"/>  Today D-M-Y
<b>Paciente foi submetido a ventilação mecânica?</b>	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe <a href="#">reset</a>
<b>Situação de saúde do paciente no momento da notificação:</b>	<input type="radio"/> Óbito <input type="radio"/> Cura <input type="radio"/> Sintomático <input type="radio"/> Ignorado <a href="#">reset</a>
<b>Foi realizada coleta de amostra do paciente?</b>	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe <a href="#">reset</a>
<b>Dados de exposição e viagens</b>	
<b>Paciente tem histórico de viagem para fora do Brasil até 14 dias antes do início dos sintomas?</b>	<input checked="" type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe <a href="#">reset</a>
<b>Foi para Wuhan, na China?</b>	<input checked="" type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe <a href="#">reset</a>
<b>Data da viagem de ida para Wuhan:</b>	<input type="text"/>  Today D-M-Y
<b>Data da viagem de volta de Wuhan:</b>	<input type="text"/>  Today D-M-Y
<input type="text"/>	

<b>Foi para outro local de transmissão?</b>	<input checked="" type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe	<a href="#">reset</a>
<b>Outro local de transmissão, descrever (cidade, região, país):</b>	<input type="text"/>	
<b>Data da viagem de ida para outro local transmissão:</b>	<input type="text"/>  Today D-M-Y	
<b>Data da viagem de volta do outro local transmissão:</b>	<input type="text"/>  Today D-M-Y	
<b>Descritivo do histórico de deslocamento nos 14 dias antes do início dos sintomas:</b>	<input type="text"/>	<a href="#">Expand</a>
<b>Data da chegada no Brasil:</b>	<input type="text"/>  Today D-M-Y	
<b>O paciente teve contato próximo com uma pessoa que seja caso suspeito, provável ou confirmado de Novo Coronavírus (2019-nCoV)?</b>	<input checked="" type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe	<a href="#">reset</a>
<b>Se teve contato com outro caso, favor especificar o local:</b>	<input type="checkbox"/> Unidade de saúde <input type="checkbox"/> Domicílio <input type="checkbox"/> Local de trabalho <input type="checkbox"/> Desconhecido <input type="checkbox"/> Outro	
<b>Nome do caso fonte:</b>	<input type="text"/>	
<b>Esteve em alguma unidade de saúde nos 14 dias antes do início dos sintomas?</b>	<input checked="" type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe	<a href="#">reset</a>
<b>Se frequentou unidade de saúde favor inserir as informações da unidade (Nome, endereço, contato):</b>	<input type="text"/>	
<b>Ocupação do caso suspeito:</b>	<input type="radio"/> Profissional de saúde <input type="radio"/> Estudante da área de saúde <input type="radio"/> Profissional de laboratório <input type="radio"/> Trabalha em contato com animais <input type="radio"/> Outros	<a href="#">reset</a>

Teve contato próximo com animais em áreas afetadas?  Sim  Não  Não sabe

[reset](#)

**Identificação da unidade notificadora:**

Origem da notificação:

Estado de notificação (UF)?

\* must provide value

Duas letras (Exemplo: AC, BA, DF)

Município de notificação

Nome do notificador:

Profissão ou ocupação:

Telefone de contato do notificador/unidade notificante:

E-mail do notificador/unidade notificadora:

**ATENÇÃO!!**

SE VOCÊ DESEJA RETORNAR A FICHA, AO TERMINAR O PREENCHIMENTO, CLICAR NO BOTÃO "Save & Return Later"

UM CÓDIGO SERÁ FORNECIDO PARA RETORNAR A FICHA, ANOTE ESSE CÓDIGO E GUARDE EM LOCAL SEGURO.

CASO JÁ TENHA INSERIDO TODAS AS INFORMAÇÕES E NÃO FOR RETORNAR A FICHA CLICAR EM "Submit".

**Submit**

**Save & Return Later**

Powered by REDCap