## APÊNDICE I – Instrumento de Investigação dos óbitos por COVID-19 (2ª edição)

|  |
| --- |
| **RELATÓRIO DE INVESTIGAÇÃO DO ÓBITO POR COVID-19** |
| **1. Identificação** |
| 1.1 Nome:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_1.2 Sexo: ( ) Fem ( ) Mas 1.3 Data de nasc.: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ 1.4 Idade:\_\_\_\_\_\_\_  |
| 1.5 Nome da mãe: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 1.6 Raça/cor: ( ) Branca ( ) Preta ( ) Amarela ( ) Parda ( ) Indígena ( ) Ign |
| 1.7 Município de residência: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 1.8 Município de ocorrência: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 1.9 Data do óbito: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ |
| 1.10 Nº da declaração de óbito:  |
| 1.11 Notificação: ( ) SIVEP-Gripe Nº da notificação: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( ) Saúde digital Nº da notificação: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 1.12 Ocupação: |
| 1.13 Vacina Covid-19: ( )Sim ( )Não ( ) Data da 1ª dose: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_Data da 2ª dose: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_Laboratório: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Apresentou evento adverso pós vacinação? ( ) Sim ( ) Não Se sim, quais: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |
| **2. Relato do caso** |
| 2.1 Data do início dos sintomas: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ |
| 2.2 Sintomas: ( ) Febre ( ) Dor de garganta ( ) Dispneia ( )Tosse ( ) Coriza ( ) Desconforto respiratório ( )Dor de cabeça ( )Distúrbios gustativos ( )Distúrbios Olfativos ( )Diarreia ( )Vômito ( )Dor abdominal ( ) Fadiga ( ) outros: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **2.3 Data da admissão:** \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ **Local da internação:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Outras internações? ( )Sim ( )Não Data da internação:\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Local da internação:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Internado em UTI? ( )Sim ( )Não Data da internação na UTI: \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_  |
| **2.4 Admissão:** ( )Saturação de O2 **>**98%; ( )Saturação de O2 98- 95%; ( )Saturação de O2 95- 93%; ( ) Saturação de O2 < 93%; \_\_\_\_\_\_\_% FR \_\_\_\_\_\_ irpm. **Pior saturação:** ( )Saturação de O2 > 98%; ( )Saturação de O2 98- 95%; ( )Saturação de O2 95- 93%; ( ) Saturação de O2 < 93%; \_\_\_\_\_\_\_% FR \_\_\_\_\_\_ irpm. |
| **2.5 Necessidade de O2 suplementar no momento do óbito:** ( ) Cateter nasal ( ) Máscara facial ( ) Máscara com reservatório ( ) Máscara de traqueostomia ( )ELMO ( ) Máscara de Venturi ( )Tubo Orotraqueal ( ) Tubo de Traqueostomia |
| **2.6 Condições pré-existentes:** ( )Nenhuma ( )Gestante ( )Puérpera (até 45 dias do parto) ( ) Diabetes Mellitus ( )Doença cardiovascular crônica: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( )Doença Hematológica Crônica ( )Asma ( )Pneumopatia crônica ( )Doença hepática crônica ( )Doença Neurológica Crônica ( )Síndrome de Down ( )Doença Renal Crônica( )Obesidade ( )Imunodeficiência/imunodepressão\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( ) Outros: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **2.7 Exames laboratoriais específicos:**( ) RT-PCR Data da coleta: \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ Resultado: ( )Positivo ( )Negativo ( ) Data do resultado: \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_( ) TR-antígeno Data da coleta: \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Resultado: ( )Positivo ( )Negativo ( ) Data do resultado: \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_( ) Enzimaimunoensaio-ELISA Data da coleta: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Resultado: ( )Positivo ( )Negativo ( ) Data do resultado: \_\_/\_\_\_/\_\_\_\_( )Eletroquimioluminescência – ECLIA Data da coleta: \_\_/\_\_/\_\_\_\_\_ Resultado:( )Positivo ( )Negativo Data do resultado: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ ( ) Quimiluminescência – CLIA Data da coleta: \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Resultado: ( )Positivo ( )Negativo ( ) Data do resultado: \_\_/\_\_/\_\_\_\_  |
| **2.8 Exames laboratoriais inespecíficos (de suporte):****1º Resultado:** \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_Linfopenia com contagem total < 800 ( ) Neutrófilos: \_\_\_\_\_\_\_ Linfócitos: \_\_\_\_\_\_\_ Proteína C Reativa: \_\_\_\_\_\_\_ Ferritina: \_\_\_\_\_\_\_ Troponina: \_\_\_\_\_\_\_\_ LDH: \_\_\_\_CPK: D-dímero: \_\_\_\_\_\_\_ Observação: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**2º Resultado:** \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_Linfopenia com contagem total < 800 ( ) Neutrófilos: \_\_\_\_\_\_\_ Linfócitos: \_\_\_\_\_\_\_ Proteína C Reativa: \_\_\_\_\_\_\_ Ferritina: \_\_\_\_\_\_\_ Troponina: \_\_\_\_\_\_\_\_ LDH: \_\_\_\_CPK: D-dímero: \_\_\_\_\_\_\_ Observação: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**3º Resultado:** \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_Linfopenia com contagem total < 800 ( ) Neutrófilos: \_\_\_\_\_\_\_ Linfócitos: \_\_\_\_\_\_\_ Proteína C Reativa: \_\_\_\_\_\_\_ Ferritina: \_\_\_\_\_\_\_ Troponina: \_\_\_\_\_\_\_\_ LDH: \_\_\_\_CPK: D-dímero: \_\_\_\_\_\_\_ Observação: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **2.9 Exames de imagem:** **RX:** ( )Normal ( )Infiltrado intersticial ( )Consolidação ( )Misto ( )Outros\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( )Não realizado ( )Sem informação **TC:** ( ) Normal ( ) Vidro fosco bilateral difuso ( ) Consolidações ( )Não realizado ( )Sem informação |
| **3.0 Descrever um resumo da história clínica e internação:** |
| **3.1 Local do óbito:** ( ) UAPS ( ) UPA ( ) Hospital ( ) Domicílio |
| **3.2 O óbito foi atestado na:** ( ) UAPS ( ) UPA ( ) Hospital ( ) SVO |
| **3.3 Conclusão da investigação e análise do óbito**( ) Óbito confirmado para Covid-19 pelo criterio clínico- LABORATORIAL( ) Óbito confirmado para Covid-19 pelo critério clínico - IMAGEM( ) Óbito confirmado para Covid-19 pelo critério clínico - EPIDEMIOLÓGICO( ) Óbito descartado para Covid-19 como causa básica |

|  |
| --- |
| **3.4 Recomendações gerais e medidas de prevenção:** |
| **4.0 Encerramento** ( ) **Nível Municipal** ( ) **Nível Regional** ( ) **Nível Estadual Data da conclusão/investigação:** \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_**Assinatura do responsável: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |