

COVID-19 (incluindo paciente com sintomas parecidos)
Informações básicas · Ficha de pesquisa das informações do paciente

Informação básica**ID** _____

1	Nome do centro de saúde encarregado	Nome do agente do centro :
	Data da pesquisa : ano mês dia horário	Forma de pesquisa : entrevista telefone outros()
2	Quem respondeu a pessoa excepto a pessoa nome () relação com a pessoa ()	
	Para comunicar-se com a pessoa que respondeu : número de telefone : - - , número de celular : - -	
3	Classificação de diagnóstico : COVID-19 (paciente (caso determinado) pessoa assintomática e tem elemento patogênico - o paciente com sintomas parecidos)	
4	ID registrada em NESID :	5 Centro de saúde da área onde reside o paciente :
6	Nome da instituição médica que notificou :	7 Nome do médico responsável da instituição médica que notificou :
8	Endereço da instituição médica que notificou :	9 Número do telefone da instituição médica que notificou : - -
10	Data que recebeu a notificação : ano mês dia	11 Órgão autônomo que recebeu a notificação :
12	Centro de saúde que recebeu a notificação :	13 Responsável que recebeu a notificação :
14	Data da primeira consulta : ano mês dia	15 Data em que foi diagnosticado : ano mês dia
16	Data pressuposto da infecção : ano mês dia	17 Data do início dos sintomas : ano mês dia

De 3 ao 17, transcrição da ficha de notificação da ocorrência do contágio (4, preencher após o registro no NESID)

18	Nome do paciente :	19	Sexo : M • F	20	Data de nascimento : ano mês dia (anos meses)
21	Nacionalidade :	22	Endereço do paciente :		
23	Número do Tel : casa - - celular - -				
	Email do paciente : @				
24	Na momento da pesquisa onde o paciente passou mais tempo : instituição médica casa local de trabalho • escola outros () desconhecido				
	Endereço de contato : Número de Tel : - -				
25	Ocupação • tipo de ocupação • escola (incluído jardim de infância • creche) e outros : último dia de trabalho • presença (ano mês dia) (crianças, se for aluno, escrever detalhadamente a série, clube que pertence e outros)				
	Nome do local de trabalho / Nome da escola : O endereço do local de trabalho / da escola : Número do telefone do local de trabalho / da escola : - -				
26	Para contato com a pessoa excepto o próprio(como responsável ou outros) Nome : Relação com o próprio : Endereço Número de Tel casa : - - Celular : - -				
	gravidez	não • sim	(gravidez semanas)		
	fuma	não • sim	(desde anos cigarros/dia)		
	diabetes	não tem • tem			
	doença respiratória (asma • DPOC • outros)	não tem • tem	(especificar)		
	doença renal	não tem • tem	(Caso tenha diálise sim • não)		
	doença hepática	não tem • tem	(especificar)		
	doença cardíaca	não tem • tem	(especificar)		
	doença neuromuscular	não tem • tem	(especificar)		
	doença sanguínea (anemia ou outros)	não tem • tem	(especificar)		
	imunodeficiência (HIV , incluindo pessoa que usa imunossupressor)	não tem • tem	(especificar)		
	tumor maligno (câncer)	não tem • tem	(especificar)		
	outros ()				

observação clínica e outros

ID _____

sintomas		Dependendo da necessidade, preencher as informações sobre os sintomas, temperatura corporal, horário e outros.								
Data		mês	dia	mês	dia	mês	dia	mês	dia	
28	sintomas e outros									
	a temperatura corporal mais alta ()									
	sintomas respiratórias	tosse	não tem • tem							
		dificuldade de respiração	não tem • tem							
		coriza • nariz entupido	não tem • tem							
		dor de garganta	não tem • tem							
	outros	náusea • vômito	não tem • tem							
		conjuntiva avermelhada	não tem • tem							
		dor de cabeça	não tem • tem							
		fadiga no corpo todo	não tem • tem							
		dor de músculos e articulações	não tem • tem							
		diarréia	não tem • tem							
		transtornos da consciência	não tem • tem							
		convulsão	não tem • tem							
outros ()	não tem • tem									
sintomas e outros										
a temperatura corporal mais alta ()										
sintomas respiratórias	tosse	não tem • tem								
	dificuldade de respiração	não tem • tem								
	coriza • nariz entupido	não tem • tem								
	dor de garganta	não tem • tem								
outros	náusea • vômito	não tem • tem								
	conjuntiva avermelhada	não tem • tem								
	dor de cabeça	não tem • tem								
	fadiga no corpo todo	não tem • tem								
	dor de músculos e articulações	não tem • tem								
	diarreia	não tem • tem								
	transtornos da consciência	não tem • tem								
	convulsão	não tem • tem								
outros ()	não tem • tem									
29	Data do início dos sintomas(pela pesquisa de escuta)ano		mês	dia	mais ou menos		h	min de manhã • de tarde		
30	Oportunidade para detecção Exemplo de notificação de COVID-19 (Tipo: paciente(caso já confirmado), pessoa assintomática e tem elemento patogênico, pessoa com sintomas parecidos, e outros) Sujeito a fazer observação do estado de saúde (caso confirmadoID: _____ nome: _____)									
31	Observação clínica do estado antes do diagnóstico • conteúdo do tratamento • referências mencionadas e outros:									

32	Internação: não sim (em caso de sim o período de internação mês dia ~ mês dia)			
	Nome da instituição médica onde ficou internado: Nome da especialidade: Nome do médico responsável:			
	Instituição médica para relatar as infecções graves de causa desconhecida: aplica · não aplica			
	Endereço da instituição médica onde ficou internado: Contato:			
33	Radiografia do tórax não tem · tem (observação)			
34	TC de tórax não tem · tem (observação)			
35	Uso de ventilação mecânica não · usou			
36	Tratamento médico para o paciente após a consulta:			
	Data	Nome da instituição médica	Tratamento médico	Obs (o resultado de exame · do tratamento e outros)
	/			
	/			
37	Conclusão alta hospitalar (dia da alta hospitalar ano mês dia) óbito (dia do óbito ano mês dia)			
38	outras observações			

Resultado dos exames

39	Exame para COVID-19					
	Material coletado	Data da coleta de amostra	Resultado	Método do exame	Estabelecimento para realizar o exame	
			negativo · positivo · outros ()			
			negativo · positivo · outros ()			
			negativo · positivo · outros ()			
40	Exames a parte de COVID-19					
	Elemento patogênico	Amostra	Dia da coleta da amostra	Resultado	Método do exame	Estabelecimento para realizar o exame
	Exame de cultura não · fez · não sabe					
	Caso tenha feito			negativo · positivo (nome da bactéria :)		
				negativo · positivo (nome da bactéria :)		
				negativo · positivo (nome da bactéria :)		
				negativo · positivo (nome da bactéria :)		
	Teste de antígeno não · fez · não sabe					
	vírus de influenza			negativo · positivo		
	vírus sincicial respiratório			negativo · positivo		
	adenovírus			negativo · positivo		
	pneumocócito			negativo · positivo		
	legionella			negativo · positivo		
Outro tipo de exame						
nome de elemento patogênico()			negativo · positivo · outros ()			
nome de elemento patogênico()			negativo · positivo · outros ()			
nome de elemento patogênico()			negativo · positivo · outros ()			
Espaço para escrever livremente						