



Informe Epidemiológico

01

Departamento de Saúde Coletiva/Secretaria de Saúde

Março/2022

Nota informativa

Angra dos Reis, 16 de março de 2022.

O objetivo desse informe epidemiológico é fazer uma descrição sumária dos casos suspeitos e confirmados de covid-19 de residentes em Angra dos Reis e orientar a notificação desse agravo.

1 – Descrição sumária dos casos

O primeiro caso confirmado de COVID-19 de residente em Angra dos Reis foi notificado no dia 08 de março de 2020. Desde então, até o dia 11 de março desse ano foram registrados 103.737 eventos suspeitos, dos quais 21.980 foram confirmados. Desse total, 2.311 evoluíram para internação resultando em 583 óbitos, o que representa uma taxa de mortalidade acumulada de 282 óbitos por 100 mil habitantes, menor que o verificado no município do Rio Janeiro (542), Estado do Rio de Janeiro (418) e Brasil (312).

2 – O que notificar?

- Todo caso de síndrome gripal (SG) ou síndrome respiratória aguda grave (SRAG) deve ser notificado, ainda que se desconheça a etiologia.
- Também devem ser notificados indivíduos assintomáticos com confirmação laboratorial por biologia molecular, teste de antígeno ou exame imunológico que evidenciam infecção recente por covid-19.

Atenção: importante ressaltar que um resultado **IgG reagente** só deve ser considerado para fins de notificação e registro de caso em indivíduos não vacinados, sem diagnóstico laboratorial anterior para covid-19 e que tenham apresentado sinais e sintomas compatíveis, com o mínimo de 8 dias antes da realização desse exame.

3 – Quais são os critérios para notificação?

- **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 e/ou 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 a síncope, confusão mental, sonolência excessiva, irritabilidade e inapetência.
 - Na suspeita da covid-19, a febre pode estar ausente, e sintomas gastrointestinais (diarreia) podem estar presentes.
- **Síndrome Respiratória Aguda Grave — SRAG:** Indivíduo com SG que apresente: dispneia/desconforto respiratório **ou** pressão ou dor persistente no tórax **ou** saturação de O₂ menor que 95% em ar ambiente ou coloração azulada (cianose) dos lábios ou rosto.

Atenção:

- **Em crianças:** além dos itens anteriores, observar os batimentos das asas nasais, cianose, tiragem intercostal, desidratação e inapetência;

4 – Quem deve notificar?

- **Todos** os profissionais de saúde de instituições públicas ou privadas localizadas em Angra dos Reis devem notificar.

Atenção: devem ser notificados também por farmácias, laboratórios públicos ou privados, instituições de ensino e correlatos todos os resultados de testes diagnósticos para COVID-19, sejam eles positivos, negativos ou inconclusivos, independente da metodologia utilizada.

5 – Em quanto tempo posso notificar?

As seguintes situações devem ser notificadas à Vigilância Epidemiológica municipal **em até 24 horas** e em instrumento de registro adequado:

- A partir do momento da suspeita do caso;
- De óbito suspeito de ter ocorrido em decorrência da COVID-19;
- Do resultado do teste realizado.

6 – A quem notificar?

Todos os casos de síndrome gripal, confirmados ou não para COVID-19, deverão ser notificados em ficha de notificação própria (item 7) e encaminhados em forma física para a Vigilância Epidemiológica municipal em até 24 horas de acordo com fluxo estabelecido.

Atenção: Os casos hospitalizados de SRAG também deverão ser notificados em ficha própria (item 7) e encaminhados em forma física para a Vigilância Epidemiológica municipal em até 24 horas de acordo com fluxo estabelecido.

6 – Instrumento de registro (ficha de notificação)

Seguem os links das fichas para notificação de SG, SRAG e Laudo de resultado para COVID-19.

SG:

https://drive.google.com/file/d/1Jor_5b0cuwofKjCj9SOeXiXQEcbFNbDZ/view?usp=sharing

SRAG:

<https://drive.google.com/file/d/1cdE-unttXD0bnre0nTtk2cvySqUHRAgW/view?usp=sharing>

Laudo de resultado para COVID-19 (Anexo 3):

<https://drive.google.com/file/d/1U3flnX01kmw1hVpCunVjQXwVdPbwIjXj/view?usp=sharing>

Atenção: O laudo de resultado para COVID-19 deverá ser anexado junto à ficha de SG.

7 – Quais testes diagnósticos utilizar para a confirmação de casos?

- **Para os casos de síndrome gripal (SG):** deverão ser priorizados o método RT-PCR Antígeno (Anexo 4).
- **Para os casos de síndrome respiratória aguda grave (SRAG):** deverão ser priorizados o método RT-PCR feito pelo LACEN RJ (Anexo 4).

Atenção: o recolhimento das amostras que serão enviadas ao LACEN RJ será feito mediante contato telefônico com a Vigilância Epidemiológica municipal.

Contatos da Vigilância Epidemiológica municipal:

Tel: (24) 3377-7849 / (24) 3365-0044

E-mail: epidemioangra@gmail.com

Elaboração:

Renan Moreira Reis – Dados Vitais

Jessica da Silva Furtado – Vigilância Epidemiológica

Josieli Cano Fernandes – Saúde Coletiva

Referências Bibliográficas

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica: emergência de saúde pública de importância nacional pela doença pelo coronavírus 2019 – covid-19** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2022. 131 p.: il.

Anexo 1



ESTADO DO RIO DE JANEIRO
 PREFEITURA MUNICIPAL DE ANGRA DOS REIS
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

NOTIFICAÇÃO DE CASOS SUSPEITOS DE SÍNDROME GRIPAL / COVID-19 NO MUNICÍPIO DE ANGRA DOS REIS *TODOS OS CAMPOS SÃO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

1. *DATA DE NOTIFICAÇÃO:		2. *UNIDADE DE SAÚDE NOTIFICANTE:		3. *CNES NOTIFICANTE:	
/ /					
4. *PACIENTE É PROFISSIONAL DE SAÚDE?		5. *SE SIM, QUAL A CATEGORIA?		6. Nº DO REG. DE CLASSE, se houver:	
<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO					
7. *NOME: (Informe em CAIXA ALTA e não abrevie nenhum nome.)					
8. *CPF ou Cartão Nacional do SUS:		9. *DATA DE NASCIMENTO:		10. *SEXO:	
		/ /		<input type="radio"/> FEMININO <input type="radio"/> MASCULINO	
				<input type="radio"/> AMARELA <input type="radio"/> PARDIA <input type="radio"/> BRANCA <input type="radio"/> PRETA <input type="radio"/> INDÍGENA	
11. *RAÇA/COR:					
12. *OCUPAÇÃO / LOCAL DE TRABALHO:					
13. *NOME DA MÃE:					
14. *ENDEREÇO (LOGRADOURO + Nº):					
15. *BAIRRO DE RESIDÊNCIA:		16. *MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA/UF:		17. *UNIDADE DE REFERÊNCIA/MÓDULO:	
18. *TELEFONE DE CONTATO 1 (CEL.):		18.1 *TELEFONE DE CONTATO 2 (CEL.2):		18.2 *TELEFONE DE CONTATO 3 (FIXO):	
()		()		()	
19. *SINAIS E SINTOMAS:			20. SE OUTROS, ESPECIFIQUE:		
<input type="checkbox"/> FEBRE <input type="checkbox"/> TOSSE <input type="checkbox"/> CEFALÉIA <input type="checkbox"/> FALTA DE AR <input type="checkbox"/> ANOSMIA <input type="checkbox"/> DOR DE GARGANTA <input type="checkbox"/> OUTROS					
21. *DATA DE INÍCIO DOS SINTOMAS:		22. *EXISTE CONFIRMAÇÃO R/ COVID-19?		23. *ALGUMA COMORBIDADE?	
/ /		22.1 POR SWAB <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO 22.1 POR TESTE RÁPIDO <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO		<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO	
24. *INFORME A COMORBIDADE:		<input type="checkbox"/> Doenças respiratórias crônicas descompensadas <input type="checkbox"/> Doenças cardíacas crônicas <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Doenças renais crônicas em estado avançado <input type="checkbox"/> Imunossupressão <input type="checkbox"/> Gestante de alto risco <input type="checkbox"/> Portador de doenças cromossômicas <input type="checkbox"/> Outras: _____			
25. *GESTANTE?		25.1 *GESTAÇÃO DE ALTO RISCO?		25.2 ID GESTACIONAL (a gestante, sempre obrigatório):	
<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO		<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO			
26. *RECEBEU VACINA COVID?			27. *DATA DA VACINA		
<input type="radio"/> CORONAVAC <input type="radio"/> ASTRAZENECA/OXFORD <input type="radio"/> PFIZER <input type="radio"/> JANSEN <input type="radio"/> NÃO RECEBEU			/ /		
28. *NOME DO NOTIFICANTE: (Informe em CAIXA ALTA e não abrevie nenhum nome)					
29. *TELEFONE DO NOTIFICANTE:			30. *E-MAIL DA UNIDADE NOTIFICANTE:		
()					
ENCAMINHAMENTO (APÓS ATENDIMENTO MÉDICO)					
TRANSPORTE SANITÁRIO PARA ISOLAMENTO DOMICILIAR COM: 1. PREENCHIMENTO DE TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO EM DUAS VIAS (UMA VIA ENTREGAR AO USUÁRIO E OUTRA, ANEXAR AO BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO OU PRONTUÁRIO DO PACIENTE); 2. PREENCHIMENTO DA NOTIFICAÇÃO DE ISOLAMENTO ASSINADO EM DUAS VIAS (UMA VIA ENTREGAR AO USUÁRIO E OUTRA, ANEXAR AO BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO OU PRONTUÁRIO DO PACIENTE); 3. ASSINAR TERMO DE DECLARAÇÃO (DOCUMENTO QUE LISTA AS PESSOAS QUE RESIDEM NO MESMO ENDEREÇO QUE DEVERÃO CUMPRIR ISOLAMENTO DOMICILIAR); EM DUAS VIAS (UMA VIA ASSINADA PELO PACIENTE E OUTRA VIA, ANEXAR AO BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO OU PRONTUÁRIO DO PACIENTE); 4. FICHA DE ORIENTAÇÕES QUANTO AO ISOLAMENTO DOMICILIAR (ENTREGAR IMPRESSO AO PACIENTE E ORIENTAR SOBRE ISOLAMENTO DOMICILIAR) TRANSPORTE SANITÁRIO PARA TRATAMENTO CLÍNICO HOSPITALAR (SAMU 192)					

FONTE: FORMULÁRIO DA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO RJ / SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ANGRA DOS REIS

*TODOS OS CAMPOS SÃO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

18, 18.1, 18.2 – PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO DE TELEFONE DE CONTATO (MÁS DE UM TELEFONE)

Revisado pela Secretaria de Municipal de Saúde de Angra dos Reis em 28/04/2020

Anexo 2

		Nº					
 MINISTÉRIO DA SAÚDE SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE				SIVEP-Gripe - SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DA GRIPE FICHA DE REGISTRO INDIVIDUAL - CASOS DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE HOSPITALIZADO - 21/03/2022			
CASO DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE (SRAG-HOSPITALIZADO): Indivíduo com *SG que apresenta: dispnéia/desconforto respiratório OU pressão persistente no tórax OU saturação de O2 menor que 95% em ar ambiente OU coloração azulada dos lábios ou rosto. (*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 ou gustativos). Para efeito de notificação no SIVEP-Gripe, devem ser considerados os casos de SRAG hospitalizados ou os óbitos por SRAG independente de hospitalização.							
1	Data do preenchimento da ficha de notificação:			2	Data de 1ªs sintomas		
3	UF:	4	Município:	Código (IBGE):			
5	Unidade de Saúde:			Código (CNES):			
6	Tem CPF? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não		7	CPF: _____			
8	Estrangeiro <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não						
9	Cartão Nacional de Saúde (CNS): _____						
10	Nome:			11	Sexo: <input type="checkbox"/> 1-Masc. 2-Fem. 9-Ign		
12	Data de nascimento:		13	(Ou) Idade: _____		14	Gestante: <input type="checkbox"/>
						1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4-Idade Gestacional Ignorada 5-Não 6-Não se aplica 9-Ignorado	
15	Raça/Cor: <input type="checkbox"/> 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9-Ignorado						
16	Se indígena, qual etnia? _____						
17	É membro de povo ou comunidade tradicional? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não			18	Se sim, qual? _____		
19	Escolaridade: <input type="checkbox"/> 0-Sem escolaridade/Analfabeto 1-Fundamental 1º ciclo (1ª a 5ª série) 2-Fundamental 2º ciclo (6ª a 9ª série) 3-Médio (1º ao 3º ano) 4-Superior 5-Não se aplica 9-Ignorado						
20	Ocupação: _____			21	Nome da mãe: _____		
22	CEP: _____						
23	UF:	24	Município:	Código (IBGE):			
25	Bairro:		26	Logradouro (Rua, Avenida, etc.):		27	Nº:
28	Complemento (apto, casa, etc...):			29	(DDD) Telefone: _____		
30	Zona: <input type="checkbox"/> 1-Urbana 2-Rural 3-Periurbana 9-Ignorado		31	País: (se residente fora do Brasil) _____			
32	Trata-se de caso nosocomial (infecção adquirida no hospital)? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado						
33	Paciente trabalha ou tem contato direto com aves, suínos, ou outro animal? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 3 - Outro Qual _____ 9-Ignorado						
34	Sinais e Sintomas: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Dor de Garganta <input type="checkbox"/> Dispnéia <input type="checkbox"/> Desconforto Respiratório <input type="checkbox"/> Saturação O ₂ < 95% <input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Vômito <input type="checkbox"/> Dor abdominal <input type="checkbox"/> Fadiga <input type="checkbox"/> Perda do olfato <input type="checkbox"/> Perda do paladar <input type="checkbox"/> Outros _____						
35	Possui fatores de risco/comorbidades? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se sim, qual(is)? (Marcar X) <input type="checkbox"/> Puérpera (até 45 dias do parto) <input type="checkbox"/> Doença Cardiovascular Crônica <input type="checkbox"/> Doença Hematológica Crônica <input type="checkbox"/> Síndrome de Down <input type="checkbox"/> Doença Hepática Crônica <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> Doença Neurológica Crônica <input type="checkbox"/> Outra Pneumopatia Crônica <input type="checkbox"/> Imunodeficiência/Imunodepressão <input type="checkbox"/> Doença Renal Crônica <input type="checkbox"/> Obesidade, IMC _____ <input type="checkbox"/> Outros _____						
36	Recebeu vacina COVID-19? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado			37	Data da dose vacina COVID-19: Data da 1ª dose: _____ Data da 2ª dose: _____ Data da dose reforço: _____		
38	Fabricante vacina COVID-19: Fabricante 1ª dose: _____ Fabricante 2ª dose: _____ Fabricante dose reforço: _____			39	Lote da vacina COVID-19: Lote 1ª dose _____ Lote 2ª dose _____ Lote dose Reforço _____		
40	Recebeu vacina contra Gripe na última campanha? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado			41	Data da vacinação: _____		
Se < 6 meses: a mãe recebeu a vacina? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se sim, data: _____ a mãe amamenta a criança? <input type="checkbox"/> 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)							

Dados de Atendimento	42	Usou antiviral para gripe? _ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	43	Qual antiviral? _ 1-Osetamivir 2-Zanamivir 3-Outro, especifique: _____	44	Data início do tratamento: _ _ _ _ _	
	45	Houve internação? _ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	46	Data da internação por SRAG: _ _ _ _ _	47	UF de internação: _ _	
	48	Município de internação: _____	Código (IBGE): _ _ _ _ _ _				
	49	Unidade de Saúde de internação: _____	Código (CNES): _ _ _ _ _ _				
	50	Internado em UTI? _ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	51	Data da entrada na UTI: _ _ _ _ _	52	Data da saída da UTI: _ _ _ _ _	
	53	Uso de suporte ventilatório: _ 1-Sim, invasivo 2-Sim, não invasivo 3-Não 9-Ignorado	54	Raio X de Tórax: _ 1-Normal 2-Infiltrado intersticial 3-Consolidação 4-Misto 5-Outro: _____ 6-Não realizado 9-Ignorado	55	Data do Raio X: _ _ _ _ _	
	56	Aspecto Tomografia _ 1-Típico covid-19 2-Indeterminado covid-19 3-Atípico covid-19 4-Negativo para Pneumonia 5-Outro 6-Não realizado 9-Ignorado	57 Data da tomografia: _ _ _ _ _				
	58	Coletou amostra _ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	59	Data da coleta: _ _ _ _ _	60	Tipo de amostra: _ 1-Secreção de Nariz-orofaringe 2-Lavado Bronco-alveolar 3-Tecido post-mortem 4-Outra, qual? _____ 5-LDR 9-Ignorado	
Dados Laboratoriais	61	Nº Requisição do GAL: _____		62	Tipo do teste para pesquisa de antígenos virais: _ 1-Imunofluorescência (IF) 2-Teste rápido antígeno		
	63	Data do resultado da pesquisa de antígenos: _ _ _ _ _		64	Resultado da Teste antígeno: _ 1-positivo 2-Negativo 3- Inconclusivo 4-Não realizado 5-Aguardando resultado 9-Ignorado		
	65	Laboratório que realizou o Teste antígeno: _____		Código (CNES): _ _ _ _ _ _			
	66	Agente Etiológico - Teste antígeno: Positivo para Influenza? _ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se sim, qual influenza? _ 1-Influenza A 2- Influenza B Positivo para outros vírus? _ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se outros vírus respiratórios qual(is)? (marcar X) _ SARS-CoV-2 _ Vírus Sincicial Respiratório _ Parainfluenza 1 _ Parainfluenza 2 _ Parainfluenza 3 _ Adenovírus _ Outro vírus respiratório, especifique: _____					
	67	Resultado da RT-PCR/outro método por Biologia Molecular: _ 1-Detectável 2-Não Detectável 3-Inconclusivo 4-Não realizado 5-Aguardando resultado 9-Ignorado		68	Data do resultado RT-PCR/outro método por Biologia Molecular: _ _ _ _ _ _		
	69	Agente Etiológico - RT-PCR/outro método por Biologia Molecular: Positivo para Influenza? _ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se sim, qual influenza? _ 1-Influenza A 2- Influenza B Influenza A, qual subtipo? _ 1-Influenza A(H1N1)pdm09 2-Influenza A/H3N2 3-Influenza A não subtipado 4-Influenza A não subtipável 5-Inconclusivo 6-Outro, especifique: _____ Influenza B, qual linhagem? _ 1-Victoria 2-Yamagata 3-Não realizado 4-Inconclusivo 5-Outro, especifique: _____ Positivo para outros vírus? _ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se outros vírus respiratórios, qual(is)? (marcar X) _ SARS-CoV-2 _ Vírus Sincicial Respiratório _ Parainfluenza 1 _ Parainfluenza 2 _ Parainfluenza 3 _ Parainfluenza 4 _ Adenovírus _ Metapneumovírus _ Bocavírus _ Rinovírus _ Outro vírus respiratório, especifique: _____					
	70	Laboratório que realizou RT-PCR/outro método por Biologia Molecular: _____		Código (CNES): _ _ _ _ _ _			
	71	Tipo de amostra sorológica para SARS-Cov-2: _ 1- Sangue/plasma/soro 2-Outra, qual? _____ 9-Ignorado			72	Data da coleta: _ _ _ _ _	
	73	Tipo de Sorologia para SARS-Cov-2: _ 1-Teste rápido 2-Elisa 3- Quimiluminescência 4- Outro, qual? _____ Resultado do Teste Sorológico para SARS-CoV-2: _ IgG _ IgM _ IgA 1-Positivo 2-Negativo 3- Inconclusivo 4-Não realizado 5-Aguarda resultado 9-Ignorado			74	Data do resultado: _ _ _ _ _	
	Conclusão	75	Classificação final do caso: _ 1-SRAG por influenza 2-SRAG por outro vírus respiratório 3-SRAG por outro agente etiológico, qual _____ 4-SRAG não especificado 5-SRAG por covid-19			76	Critério de Encerramento: _ 1- Laboratorial 2- Clínico Epidemiológico 3- Clínico 4- Clínico-Imagem
77		Evolução do Caso: _ 1- Cura 2-Óbito 3-Óbito por outras Causas 9-Ignorado		78	Data da alta ou óbito: _ _ _ _ _ _		
80	Número D.O: _ _ _ _ _ _ - _ _						
81	OBSERVAÇÕES: _____						
82	Profissional de Saúde Responsável: _____				83	Registro Conselho/Matricula: _ _ _ _ _	

Anexo 3



PREFEITURA MUNICIPAL DE ANGRA DOS REIS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA / DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO REFERENCIADA
COORDENAÇÃO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA / COORDENAÇÃO DE PRONTO ATENDIMENTO

LAUDO DO RESULTADO – TESTE RÁPIDO RT-PCR ANTÍGENO PARA COVID-19

(Preencher duas vias: 1ª via para paciente e 2ª via para Vigilância Epidemiológica)

UNIDADE DE REALIZAÇÃO DO TESTE: _____

Nome do paciente: _____
 Nome da mãe: _____
 Data de nascimento: ____/____/____ Sexo: F () M ()
 CPF ou CNS: _____
 Endereço: _____
 Telefone do Paciente: () _____
 Data Início do Sintoma: ____/____/____ Paciente notificado em: ____/____/____
 Sintoma (s): () Coriza () Dor de Garganta () Tosse () Febre () Cefaléia () Falta de Ar
 () Outros: _____
 Comorbidade: () Diabetes () HAS () Outras: _____
 Vacinação: () COVID () INFLUENZA

TESTES PARA A DETECÇÃO DE COVID PCR ANTÍGENO - SWAB

Nome do produto: _____
 Lote: _____ Validade: ____/____/____

Interpretação do Resultado

Amostra não reagente para COVID-19: ()

Amostra reagente para COVID-19: ()

Angra dos Reis, ____ de ____ de 2022.

Responsável: _____
 (Assinatura e Carimbo/matricúla)

LAUDO DO RESULTADO – TESTE RÁPIDO RT-PCR ANTÍGENO PARA COVID-19

(Preencher duas vias: 1ª via para paciente e 2ª via para Vigilância Epidemiológica)

UNIDADE DE REALIZAÇÃO DO TESTE: _____

Nome do paciente: _____
 Nome da mãe: _____
 Data de nascimento: ____/____/____ Sexo: F () M ()
 CPF ou CNS: _____
 Endereço: _____
 Telefone do Paciente: () _____
 Data Início do Sintoma: ____/____/____ Paciente notificado em: ____/____/____
 Sintoma (s): () Coriza () Dor de Garganta () Tosse () Febre () Cefaléia () Falta de Ar
 () Outros: _____
 Comorbidade: () Diabetes () HAS () Outras: _____
 Vacinação: () COVID () INFLUENZA

TESTES PARA A DETECÇÃO DE COVID PCR ANTÍGENO - SWAB

Nome do produto: _____
 Lote: _____ Validade: ____/____/____

Interpretação do Resultado

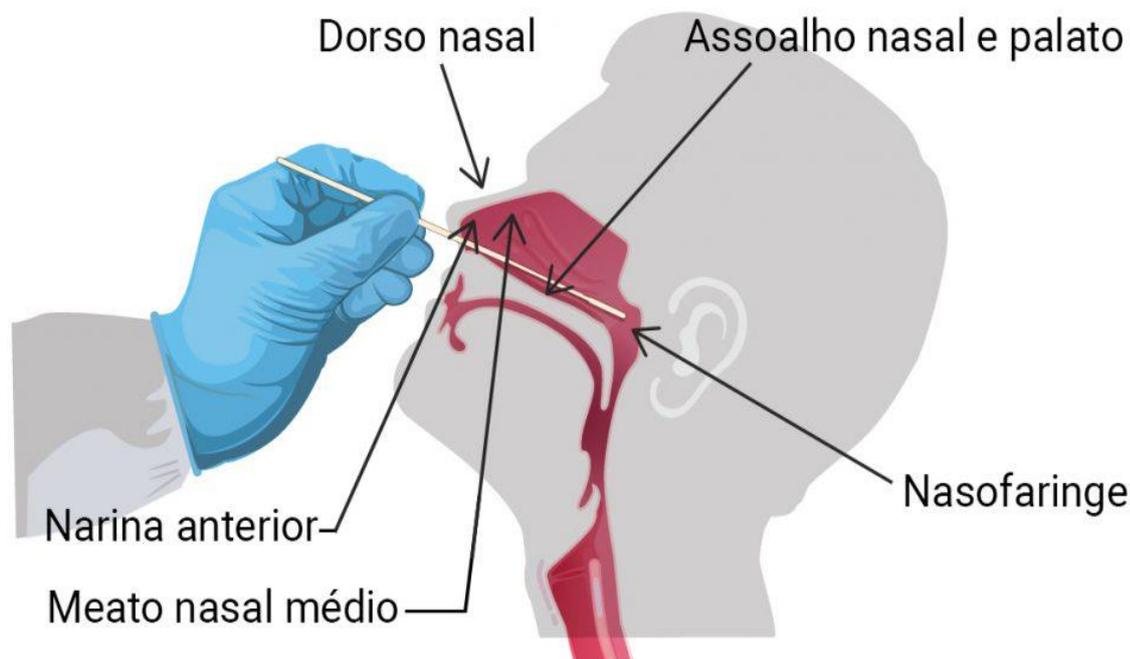
Amostra não reagente para COVID-19: ()

Amostra reagente para COVID-19: ()

Angra dos Reis, ____ de ____ de 2022.

Responsável: _____
 (Assinatura e Carimbo/matricúla)

Anexo 4



Não inserir paralelamente à mesma orientação do **dorso nasal**. Não inclinar a ponta do swab para cima ou para baixo. Prosseguir sempre horizontalmente. Encontrando alguma resistência no percurso, antes de atingir a **nasofaringe**, redirecionar a haste e tentar novamente. Em caso de obstrução por desvio de septo nasal ou outro tipo de bloqueio, usar o mesmo swab para colher na outra narina. Havendo bloqueio em uma narina a coleta em uma só narina é aceitável, não havendo necessidade de colher em orofaringe. Informar no cadastro online da amostra as dificuldades encontradas.

Após atingir a **nasofaringe**, realizar alguns movimentos suaves de fricção e rotação. Deixar o swab **imóvel** por 10 segundos na **nasofaringe**. Retirar devagar, fazendo movimentos suaves de rotação. Repita o procedimento na outra narina utilizando o mesmo swab.

Após a realização do exame, o meio de transporte deve ser identificado com os seguintes dados:

- Nome do paciente completo e sem abreviações;
- Data de nascimento;
- Data e local da coleta.

Atenção: todos esses dados devem ser preenchidos com letra legível, sem abreviações, caneta azul ou preta, não deve ser usado lápis, caneta colorida ou canetinha.