



GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
Secretaria de Estado de Saúde
Centro de Operações Emergenciais em Saúde - COVID-19

Nota Técnica nº 4/SES/COES MINAS COVID-19/2022

PROCESSO Nº 1320.01.0004549/2022-71

ATUALIZAÇÃO TÉCNICA AO PROTOCOLO DE INFECÇÃO HUMANA PELO SARS-COV-2 (COVID-19)

DEFINIÇÕES DE CASOS OPERACIONAIS, NOTIFICAÇÃO E ORIENTAÇÕES DE ISOLAMENTO E QUARENTENA

VERSÃO 10

Belo Horizonte, 09 de março de 2022

Observação inicial: A pandemia por COVID-19 é uma emergência em saúde e em rápida evolução. A Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais e o Centro de Operações de Emergência em Saúde (COES) continuarão fornecendo informações atualizadas à medida que estiverem disponíveis. As orientações podem mudar de acordo com novas evidências científicas ou protocolos recomendados pelo Ministério da Saúde, Órgãos Internacionais de Saúde Pública.

PRINCIPAIS ALTERAÇÕES E MODIFICAÇÕES DA ATUAL VERSÃO:

- Inclui as novas diretrizes para isolamento de casos e contatos
- Atualiza as orientações de notificação
- Inclui listagem de documentos adicionais para consulta
- Inclui nos anexos as versões atualizadas de formulários de notificação

1. DEFINIÇÕES DE CASOS OPERACIONAIS E CRITÉRIOS DE ENCERRAMENTO

1.1. CASO SUSPEITO DE COVID-19

Definição 1 – Síndrome Gripal (SG): Indivíduo com quadro respiratório agudo, caracterizado por pelo menos dois (2) dos seguintes sinais e sintomas: febre¹ (mesmo que referida), calafrios, dor de garganta, dor de cabeça, tosse, coriza, distúrbios olfativos ou distúrbios gustativos.

Em crianças: além dos sinais e sintomas 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.

ATENÇÃO: Na suspeita de COVID-19, a febre¹ pode estar ausente e sintomas gastrointestinais (diarreia) podem estar presentes.

Definição 2 – Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG): Indivíduo com SG que apresente: dispneia/desconforto respiratório **OU** pressão persistente no tórax **OU** saturação de O₂ menor que 95% em ar ambiente (SatO₂<95% aa) **OU** coloração azulada dos lábios ou rosto (cianose).

Em crianças: além dos sinais e sintomas anteriores, observar os batimentos de asa de nariz (aletas nasais), tiragem intercostal, sinais de esforço respiratório, desidratação e inapetência.

ATENÇÃO: Para efeito de notificação no SIVEP-Gripe, devem ser considerados os casos de SRAG hospitalizados ou os óbitos por SRAG independente de hospitalização.

¹ febre: considera-se febre acima de 37,8°. Alerta-se que a febre pode não estar presente em alguns casos, por exemplo: em pacientes muito jovens, idosos, imunossuprimidos ou no uso de medicamentos antitérmicos/antipiréticos. Nessas situações, a avaliação clínica deve ser levada em consideração e a decisão deve ser registrada na ficha de notificação. Considerar a febre relatada pelo paciente, mesmo quando não mensurada.

1.2. CASO CONFIRMADO DE COVID-19:

1.2.1. POR CRITÉRIO CLÍNICO: Caso de SG ou SRAG associado à anosmia (nova disfunção olfativa) ou ageusia (nova disfunção gustatória) aguda sem outra causa pregressa.

1.2.2. POR CRITÉRIO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO: Caso de SG ou SRAG com histórico de contato próximo ou domiciliar com caso confirmado para COVID-19 nos 14 dias anteriores ao início dos sinais e sintomas.

1.2.3. POR CRITÉRIO CLÍNICO IMAGEM: Caso de SG ou SRAG ou óbito por SRAG que não foi possível confirmar por critério laboratorial **E** que apresente pelo menos uma (1) das seguintes alterações tomográficas:

- OPACIDADE EM VIDRO FOSCO periférico, bilateral, com ou sem consolidação ou linhas intralobulares visíveis ("pavimentação"), OU
- OPACIDADE EM VIDRO FOSCO multifocal de morfologia arredondada com ou sem consolidação ou linhas intralobulares visíveis ("pavimentação"), OU
- SINAL DE HALO REVERSO ou outros achados de pneumonia em organização (observados posteriormente na doença).

OBSERVAÇÃO

Segundo o Colégio Brasileiro de Radiologia, quando houver indicação de tomografia, o protocolo é de uma Tomografia Computadorizada de Alta Resolução (TCAR), se possível com protocolo de baixa dose. O uso de meio de contraste endovenoso, em geral, não está indicado, sendo reservado para situações específicas a serem determinadas pelo

radiologista.

1.2.4. POR CRITÉRIO LABORATORIAL EM INDIVÍDUO NÃO VACINADO CONTRA COVID-19: Caso de SG ou SRAG com teste de:

- **BIOLOGIA MOLECULAR:** resultado DETECTÁVEL para SARS-CoV-2 realizado pelos seguintes métodos:
 - RT-PCR em tempo real;
 - RT-LAMP.
- **IMUNOLÓGICO:** resultado REAGENTE para IgM, IgA e/ou IgG* realizado pelos seguintes métodos:
 - Ensaio imunoenzimático (Enzyme-Linked Immunosorbent Assay – ELISA imunoensaio por Eletroquimioluminescência (ECLIA));
 - Imunoensaio por Quimioluminescência (CLIA);
 - Teste rápido Imunocromatográfico para detecção de anticorpos.
- **PESQUISA DE ANTÍGENO:** resultado REAGENTE para SARS-CoV-2 pelo método de Imunocromatografia para detecção de antígeno.

OBSERVAÇÃO

Considerando o cenário atual da pandemia da COVID-19 no Brasil, um resultado isolado de IgG REAGENTE NÃO deve ser considerado como teste confirmatório para efeitos de notificação e confirmação de um caso. Um resultado IgG REAGENTE deve ser usado como critério laboratorial confirmatório somente em indivíduos NÃO VACINADOS, SEM diagnóstico laboratorial anterior para COVID-19 e que tenham apresentado sinais e sintomas compatíveis, com no mínimo 8 dias antes da realização desse exame. Essa orientação não é válida para inquérito sorológico.

1.2.5. POR CRITÉRIO LABORATORIAL EM INDIVÍDUO VACINADO CONTRA COVID-19:

Indivíduo que recebeu a vacina contra COVID-19 e apresentou quadro posterior de SG ou SRAG com resultado de exame:

- **BIOLOGIA MOLECULAR:** resultado DETECTÁVEL para SARS-CoV-2 realizado pelos seguintes métodos:
 - RT-PCR em tempo real;
 - RT-LAMP.
- **PESQUISA DE ANTÍGENO:** resultado REAGENTE para SARS-CoV-2 pelo método de Imunocromatografia para detecção de antígeno.

ATENÇÃO

Considerando a resposta imune vacinal esperada, com produção de anticorpos, os testes imunológicos baseados em detecção de anticorpos NÃO são recomendados para diagnóstico de COVID-19 em indivíduos vacinados.

1.2.6. POR CRITÉRIO LABORATORIAL EM INDIVÍDUO ASSINTOMÁTICO: Indivíduo ASSINTOMÁTICO com resultado de exame:

- **BIOLOGIA MOLECULAR:** resultado DETECTÁVEL para SARS-CoV-2 realizado pelos seguintes métodos:
 - RT-PCR em tempo real;
 - RT-LAMP.
- **PESQUISA DE ANTÍGENO:** resultado REAGENTE para SARS-CoV-2 pelo método de Imunocromatografia para detecção de antígeno.

1.3. AUTO TESTE

São testes rápidos para detecção de antígenos do SARS-CoV-2 que permitem ao indivíduos realizarem todas as etapas da testagem (coleta até a interpretação de resultados) sem a necessidade de auxílio profissional. Em menores de 14 anos de idade, deve ser realizado com a supervisão e apoio dos pais ou responsáveis.

- Em indivíduos com SINTOMAS deve ser utilizado entre o 1º ao 7º dia de início de sintomas
- Em indivíduos ASSINTOMÁTICOS, com histórico de contato com caso positivo o teste deve ser feito após 5 dias do último contato com o caso positivo.

ATENÇÃO

O auto teste não define diagnóstico.

Resultado negativo/não reagente:

- Indivíduo sintomático: realizar um novo teste ou procurar atendimento em uma Unidade de Saúde para avaliação, além disso outros diagnósticos diferenciais devem ser considerados (ex.: influenza ou outros vírus respiratórios) ou se permanecer a suspeita a realização de teste de RT-qPCR para SARS-CoV-2 poderá ser indicada. Indivíduo assintomático: considera-se que o indivíduo está negativo naquele momento. Em casos com histórico de contato com casos de Covid-19, deve-se observar o aparecimento de sintomas para realização de novo teste.

Resultado positivo/reagente:

- Independente de sintomas, o indivíduo deve procurar um serviço de saúde para avaliação, notificação e orientações pelos profissionais de saúde.

Obs.: Demais orientações sobre o uso dos auto testes estão disponíveis no Plan Nacional de Expansão da Testagem do Ministério da Saúde.

1.4. CONTATO PRÓXIMO

Indivíduo que ficou a menos de 1.5 metros de distância de uma pessoa infectada (confirmado por critério laboratorial) por período cumulativo de 15 minutos (ex.: 3 períodos de 5 minutos) ou mais, em um período de 24 horas.

1.5. VIGILÂNCIA GENÔMICA

Considerando a amostragem aleatória realizada pelo Observatório de Vigilância Genômica (OViGen-MG) em 15 regionais de saúde e o atual cenário epidemiológico da pandemia, os critérios epidemiológicos para a realização de vigilância genômica em amostras positivas por RT-PCR com Ct (*Cycle Threshold*) ≤ 30 são:

- Pacientes pediátricos/adolescentes diagnosticados com SRAG ou SIMP;
- Viajantes internacionais sintomáticos que estiveram até 14 dias antes do início dos sintomas em outros países;
- Óbito ou SRAG em vacinados com esquema completo (2 doses) ou vacinado com dose única da vacina Janssen;
- Casos suspeitos de reinfecção;
- Casos suspeitos de Efeito Adverso Pós Vacinal (EAPV);
- Amostragem de 10% em surtos (no máximo 3 amostras).

Observação: outros casos poderão ser discutidos e analisados junto ao CIEVS Minas.

1.6. AGLOMERADO DE CASOS/SURTOS (CLUSTER)

Presença de um caso sintomático confirmado laboratorialmente e dois ou mais contatos próximos positivos/reagentes independente da presença de sintomas, com vínculo epidemiológico entre os casos e residentes e ou trabalhadores de ambiente restrito ou fechado (Ambiente com área física delimitada e circulação dos mesmos indivíduos por longo período de tempo).

1.7. CASO DESCARTADO PARA COVID-19

1.7.1. CASO DE SRAG CONFIRMADO PARA INFLUENZA OU OUTRO VÍRUS RESPIRATÓRIO

Caso de SRAG para o qual houve identificação laboratorial (BIOLOGIA MOLECULAR, IMUNOLÓGICO ou PESQUISA DE ANTÍGENO) do vírus influenza ou outro vírus respiratório sem identificação concomitante do SARS-COV-2 conforme descrito no item 1.2.

1.7.2. CASO DE SRAG CONFIRMADO POR OUTRO AGENTE ETIOLÓGICO

Caso de SRAG para o qual houve a identificação de outro agente etiológico sem identificação concomitante do SARS-COV-2 conforme descrito no item 1.2 ou outros vírus respiratórios.

1.7.3. CASO DE SG OU SRAG NÃO ESPECIFICADA

Caso de SG ou de SRAG para o qual não houve identificação de nenhum outro agente etiológico **OU** que não foi possível coletar/processar amostra clínica para diagnóstico laboratorial, **OU** que não foi possível confirmar por critério clínico-epidemiológico, clínico-imagem ou clínico.

1.7.4. CASO DE SG DESCARTADO PARA COVID-19

Caso de SG para o qual houve identificação de outro agente etiológico confirmado por método laboratorial específico, excluindo-se a possibilidade de uma co-infecção, **OU** confirmação por causa não infecciosa, atestada pelo médico responsável.

- Ressalta-se que um exame negativo para COVID-19 isoladamente não é suficiente para descartar caso de COVID-19.
- O registro de casos descartados de SG para COVID-19 deve ser feito no e-SUS Notifica

OBSERVAÇÃO

Para fins de vigilância, notificação e investigação de casos e monitoramento de contatos, o critério laboratorial deve ser considerado o padrão ouro, não excluindo os demais critérios de confirmação.

2. NOTIFICAÇÃO DOS CASOS

2.1. O QUE NOTIFICAR?

Casos que atendam a definição de caso: de SG, de SRAG hospitalizado (de qualquer etiologia), óbito por SRAG independente de hospitalização. Indivíduos assintomáticos com confirmação laboratorial por biologia molecular, teste de antígeno ou exame imunológico que evidencia infecção recente pelo SARS-CoV-2.

OBS (1) : Um resultado reagente nos testes de detecção de anticorpos 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 mínimo 8 dias de antecedência da realização desse exame.

OBS (2): É importante atentar-se para o preenchimento correto de todos os campos da ficha de notificação para que a ausência de informações não prejudique as análises epidemiológicas posteriores, especialmente o registro da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), quando o caso ocorrer entre trabalhadores.

2.2. QUEM DEVE NOTIFICAR?

Profissionais e instituições de saúde do setor público ou privado, em todo o território nacional, segundo legislação nacional vigente. Todos os laboratórios das redes pública, privada, universitários e quaisquer outros, em território nacional, devem notificar os resultados de testes-diagnósticos para detecção da COVID-19 (Portaria GM/MS n.º 1.792 de 21/7/2020 e Portaria GM/MS n.º 1.046 de 24/5/2021).

OBSERVAÇÃO

A digitação das fichas de SRAG hospitalizado no SIVEP Gripe, assim como a inclusão do resultado de exames e encerramento dos casos é de **responsabilidade da epidemiologia do município onde se encontra o serviço de saúde de notificação/assistência/hospitalização do caso**, independente do local de residência e deve ser priorizada (principalmente óbitos confirmados para COVID-19); ressalva para os casos em que forem identificadas necessidade de investigação epidemiológica em campo/domicílio.

2.3. QUANDO NOTIFICAR?

Devem ser notificados dentro do prazo de 24 horas a partir da suspeita inicial do caso ou óbito. A notificação dos laboratórios deve ser realizada no prazo de até 24 (vinte e quatro) horas contado da data do resultado do teste, mediante registro e transmissão de informações da Rede Nacional de Dados em Saúde (Portaria GM/MS n.º 1.792 de 21/7/2020 e Portaria GM/MS n.º 1.046 de 24/5/2021).

Maiores informações sobre o fluxo de notificação dos testes estão disponíveis no Manual do Diagnóstico da COVID-19 (<https://coronavirus.saude.mg.gov.br/gestor/profissionais2/notas-informativas-alertas-e-outros-documentos#>).

2.4. ONDE NOTIFICAR?

- **Unidades públicas e privadas (unidades de atenção primária, consultórios, clínicas, centros de atendimento, pronto atendimento, Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho – SESMT)**; casos de SG devem ser notificados por meio do sistema e-SUS Notifica em <https://notifica.saude.gov.br/login>.

Unidades de Vigilância Sentinela de síndrome gripal: casos de SG devem seguir os fluxos já estabelecidos para a Vigilância da influenza e outros vírus respiratórios, devendo ser notificados no Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica da Gripe (Sivep-Gripe) <https://sivepgripe.saude.gov.br/sivepgripe/>.

Todos os hospitais públicos ou privados: casos de SRAG hospitalizados devem ser notificados utilizando a Ficha de SRAG Hospitalizado (ANEXO 2) que será registrada individualmente no Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica da Gripe (Sivep-Gripe) <https://sivepgripe.saude.gov.br/sivepgripe/>.

OBS (1): Para envio de amostras clínicas ao LACEN-MG ou demais laboratórios da RedeCOVID, deverá ser enviada junto com a amostra uma cópia da respectiva ficha de notificação.

ATENÇÃO

Casos de COVID-19 hospitalizados que NÃO cumpram a definição de caso estabelecida para SRAG NÃO devem ser notificados no Sivep-Gripe. Manter a notificação no sistema e-SUS Notifica.

- **Síndrome Inflamatória Multissistêmica Pediátrica (SIM-P) temporalmente associada à COVID-19:** Casos de SIM-P deverão ser notificados de forma universal, ou seja, por qualquer serviço de saúde ou pela autoridade sanitária local ao identificar indivíduo com sinais e sintomas sugestivos da síndrome, por meio do preenchimento do formulário online <https://redcap.link/simpCovid>. Em caso de indisponibilidade de acesso on-line, utilizar o modelo disponível no ANEXO 3 ou acessando o link <http://vigilancia.saude.mg.gov.br/index.php/download/ficha-de-notificacao-para-casos-sim-p-temporalmente-associada-a-covid-19/?wpdmdl=8567>.

Surtos de Síndrome Gripal em comunidades/instituições fechadas – MÓDULO SURTO do SINANNET com o CID J07 (Síndrome Respiratória Aguda). Planilha de Notificação de Surto do SINAN- Net + Ficha Individual (e-SUS) para cada caso com coleta.

- **Casos confirmados entre profissionais de saúde e de apoio aos serviços de Saúde com exposição ocupacional** ^[4] - Ficha de Acidente de Trabalho com Exposição a Material Biológico do SINANNET, modelo disponível no ANEXO 4.

Os casos de surto de SG que evoluírem para a forma grave, de acordo com a definição de caso de SRAG, deverão ser notificados individualmente no Sivep-Gripe.

3. ORIENTAÇÕES PARA ISOLAMENTO E QUARENTENA DE CASOS E CONTATOS

3.1. CONCEITOS DE ISOLAMENTO E QUARENTENA

O isolamento e a quarentena são estratégias de saúde pública que visam proteger a população e evitar a disseminação de doenças contagiosas, como a COVID-19. O **isolamento** é a separação de indivíduos infectados dos não infectados durante o período de transmissibilidade da doença, quando é possível transmitir o patógeno em condições de infectar outra pessoa. A **quarentena** é uma medida preventiva recomendada para restringir a circulação de pessoas que foram expostas a uma doença contagiosa durante o período em que elas podem ficar doentes.

3.2. ORIENTAÇÕES DE ISOLAMENTO PARA CASOS DE COVID-19 EM INDIVÍDUOS COM QUADRO DE SÍNDROME

GRIPAL (SG) – LEVE A MODERADO

- Realizar o isolamento pelo período de 5 dias;
- Após o 5º dia do início dos sinais e sintomas² realizar teste rápido de Antígeno (TR-Ag) ou RT-PCR / RT-LAMP;
- A partir da realização do teste no 5º dia de início de sintomas:

3.2.1. Não reagente / não detectável: o isolamento poderá ser suspenso desde que permaneça afebril sem o uso de medicamentos antitérmicos há pelo menos 24 horas E apresente melhora dos sinais e sintomas respiratórios. Nesse caso, deve-se manter as medidas adicionais de prevenção até o 10º dia completo do início dos sintomas (Quadro 1).

ATENÇÃO: O exame de RT-PCR na RedeCOVID deverá ser realizado somente para os grupos prioritários e para fins de vigilância genômica (conforme item 1.42.10 e nota técnica de testagem vigente).

3.2.2. Reagente / detectável: manter o isolamento pelo período de 10 dias da data de início dos sinais e sintomas. O isolamento poderá ser suspenso desde que permaneça afebril sem o uso de medicamentos antitérmicos há pelo menos 24 horas E apresente melhora dos sinais e sintomas respiratórios. Deve-se manter as medidas adicionais até o 10º dia completo do início dos sintomas (Quadro 1).

ATENÇÃO: não é necessário realizar teste rápido de Antígeno (TR-Ag) ou RT-PCR / RT-LAMP para suspender o isolamento após o 10º dia.

- Caso mantenha febre ou piore dos sinais e sintomas após o 10º dia de isolamento, realizar avaliação médica e o afastamento seguirá de acordo com o critério clínico.

Para trabalhadores das **unidades assistenciais de saúde, excepcionalmente em situações de sobrecarga de atendimentos a população**, o isolamento poderá ser suspenso após 5 dias do início dos sintomas, desde que permaneça afebril sem o uso de medicamentos antitérmicos há pelo menos 24 horas e **com melhora** dos sintomas respiratórios. *A tomada de decisão fica condicionada ao provimento de EPI adequado e em número suficiente para toda a equipe e seguimento às demais medidas preventivas sabidamente conhecidas, ao gestor do SESMT/SCIH/NEH e gestor de saúde local, por meio de comunicado formal.

QUADRO 1: Medidas adicionais a serem adotadas até o 10º dia completo do início dos sintomas

- Usar máscara bem ajustada ao rosto durante permanência no domicílio, realizar higienização frequente das mãos, manter distanciamento mínimo de 1,5 metros, incluindo no momento de realização das refeições.
- Evitar contato com pessoas imunocomprometidas ou que possuam fatores de risco para agravamento de COVID-19, assim como locais com aglomerações de pessoas, incluindo transporte público ou outros locais onde não seja possível manter o distanciamento físico.
- Manter os ambientes bem arejados e ventilados.
- Não frequentar locais onde não possa usar máscara durante todo o tempo, como restaurantes e bares, e evitar comer perto de outras pessoas, tanto em casa como no trabalho, por pelo menos 10 dias do início dos sintomas, do contato com caso positivo ou da coleta de amostra em caso de teste positivo para COVID-19 em assintomático.
- Não viajar durante todo período do isolamento.

Adaptado de: Guia de Vigilância Epidemiológica. Emergência de saúde pública de importância nacional pela doença pelo coronavírus 2019. Versão 4. Brasília, 2022.

3.3. RECOMENDAÇÕES DE ISOLAMENTO PARA IMUNOSSUPRIMIDOS

Para indivíduos gravemente imunossuprimidos com confirmação para COVID-19 por qualquer um dos critérios (clínico, clínico-epidemiológico, clínico-imagem ou clínico-laboratorial), as medidas de isolamento e precaução devem iniciar imediatamente após a confirmação e só podem ser suspensas após 20 dias do início dos sintomas, desde que afebril há 24 horas e com remissão dos sintomas respiratórios. A estratégia baseada em testagem laboratorial (necessidade de RT-PCR para SARS-CoV-2 negativo) para descontinuidade do isolamento deve ser considerada nesta população, a critério médico.

3.4. RECOMENDAÇÕES DE ISOLAMENTO PARA INDIVÍDUOS ASSINTOMÁTICOS CONFIRMADOS LABORATORIALMENTE

Para indivíduos assintomáticos confirmados laboratorialmente para COVID-19 (resultado detectável pelo método RT- qPCR, RT-LAMP ou reagente pelo método de TR-Ag para SARS-CoV-2), deve-se manter o isolamento e as medidas adicionais de prevenção e controle, suspendendo-os após 5 dias completos da data de coleta da amostra desde que permaneça assintomático durante todo o período (no caso de não vacinados, permanecer em isolamento por 10 dias).

3.5. RECOMENDAÇÕES PARA INDIVÍDUOS HOSPITALIZADOS COM QUADRO DE SRAG EM ISOLAMENTO

Para indivíduos hospitalizados com quadro de SRAG para os quais não foi possível a confirmação pelos critérios clínico, clínico-epidemiológico ou clínico-imagem, caso um primeiro teste de RT-PCR apresente resultado não detectável, um segundo teste na mesma metodologia, preferencialmente com material de via aérea baixa, deve ser realizado 48 horas após o primeiro. Sendo os dois não detectáveis, o paciente poderá ser retirado da precaução para COVID-19 (atentar para o diagnóstico de outros vírus respiratórios, como influenza).

ATENÇÃO

Testes sorológicos baseados em detecção de anticorpos (Teste rápido imunocromatográfico, ELISA, ECLIA, CLIA) para a COVID-19 não devem ser utilizados, de forma isolada, para estabelecer a presença ou ausência de infecção por SARS-CoV-2, nem como critério para isolamento ou sua suspensão, independente do tipo de imunoglobulina (IgA, IgM ou IgG) identificada.

3.6. RECOMENDAÇÕES DE QUARENTENA DE VACINADOS COM ESQUEMA VACINAL COMPLETO CONTATO DE INDIVÍDUO QUE TENHA COVID-19 (doente ou testar positivo)

- Não é necessário realizar afastamento das atividades, desde que sejam adotadas medidas preventivas adicionais.
- No 5º dia após o contato com o caso confirmado, realizar o teste rápido de Antígeno (TR-Ag) ou RT-PCR / RT-LAMP:

3.6.1. **Não reagente / não detectável:** manter as atividades e realizar medidas adicionais de prevenção até o 10º dia após o contato (Quadro 1).

3.6.2. **Reagente / detectável:** realizar isolamento e as medidas adicionais de prevenção e controle, pelo período de 5 dias completos, a partir da data de coleta da amostra, desde que permaneça assintomático (Quadro 1).

ATENÇÃO: não é necessário realizar um segundo teste de detecção do SARS-CoV-2 ou TR-Ag para suspender o isolamento. Na impossibilidade da realização do teste, o contato deverá ser isolado e afastado por 10 dias (iniciar a contagem a partir da exposição).

3.7. RECOMENDAÇÕES DE ISOLAMENTO DE NÃO VACINADOS CONTATO DE INDIVÍDUO QUE TENHA COVID-19 (doente ou testar positivo)

- Realizar isolamento por 5 dias.
- No 5º dia após o contato com o caso confirmado, realizar o teste rápido de Antígeno (TR-Ag) ou RT-PCR / RT-LAMP:

3.7.1. **Não reagente / não detectável:** término do isolamento, devendo-se manter as medidas adicionais de prevenção até o 10º dia após o contato (Quadro 1). Orientar a vacinação 10 dias após o contato.

3.7.2. **Reagente / detectável:** manter o isolamento e as medidas adicionais de prevenção e controle, pelo período de 5 dias completos, a partir da data de coleta da amostra, desde que permaneça assintomático (Quadro 1).

ATENÇÃO: não é necessário realizar um segundo teste de detecção do SARS-CoV-2 ou TR-Ag para suspender o isolamento. Na impossibilidade da realização do teste, o contato deverá ser isolado e afastado por 10 dias (iniciar a contagem a partir da exposição). **Orientar a vacinação 30 dias após o resultado do teste positivo.**

3.8. **RECOMENDAÇÕES PARA ISOLAMENTO DE PESSOA QUE TEVE COVID-19 CONFIRMADA LABORATORIALMENTE NOS ÚLTIMOS 90 DIAS, COABITANTES (CONTATO DOMICILIAR) DE INDIVÍDUO COM EXAME POSITIVO PARA COVID-19**

Não é necessário realizar afastamento das atividades, **a menos que venha apresentar sinais e sintomas**

Não é necessário realizar exame para COVID-19, a menos que venha apresentar sinais e sintomas

QUADRO 2: Resumo das medidas de isolamento de casos com SG formas leve e moderada e assintomáticos com exame positivo e contatos de pessoas com exame positivo para COVID-19

Condição	Conduta	Isolamento/Medidas de Prevenção
SG de início até 5 dias	Realizar Testagem no 5º dia de início dos sinais e sintomas	5 dias
	Detectável/Reagente	Completar 10 dias de isolamento a partir da data de início dos sinais e sintomas. Permaneça afebril sem o uso de medicamentos antitérmicos há pelo menos 24 horas e sintomas respiratórios. Manter as medidas adicionais descritas no QUADRO 1 pelo mesmo período. Não é necessário realização de (TR-Ag ou RT-PCR / RT-LAMP) para sair do isolamento.
	Não detectável/Não reagente	Suspender o isolamento e manter as medidas adicionais descritas no QUADRO 1 permanecendo afebril sem o uso de medicamentos antitérmicos há pelo menos 24 horas e sintomas respiratórios.
SG de início a mais de 5 dias ^a ou na impossibilidade de realizar exame específico	Exame não realizado	Isolamento até 10 dias da data de início dos sinais e sintomas ; desde que permaneça afebril sem o uso de medicamentos antitérmicos há pelo menos 24 horas E apresente melhora dos sintomas respiratórios. Manter as medidas adicionais descritas no QUADRO 1 pelo mesmo período.
Assintomático com exame específico positivo (TR-Ag ou RT-PCR / RT-LAMP)	Se apresentar sinais e sintomas procurar atendimento médico	Manter o isolamento e as medidas adicionais de prevenção e controle, suspendendo dias completos da data de coleta da amostra, desde que permaneça assintomático.
Contato VACINADO de indivíduo com exame positivo para COVID-19	Realizar testagem no 5º dia após contato	Não há necessidade de isolamento. Manter as medidas adicionais descritas no QUADRO 1 pelo mesmo período.
	Detectável/Reagente	Isolamento até completar 10 dias desde a exposição. Manter as medidas adicionais descritas no QUADRO 1 pelo mesmo período. Não é necessário realização de outro teste para sair do isolamento.
	Não detectável/Não reagente	Manter as medidas adicionais descritas no QUADRO 1 até completar 10 dias
Contato NÃO VACINADO de indivíduo que tenha COVID-19 (doente ou testar positivo)	Realizar testagem no 5º dia após contato	Realizar isolamento por 5 dias
	Detectável/Reagente	Manter isolamento até completar 10 dias desde a exposição. Manter as medidas adicionais descritas no QUADRO 1 pelo mesmo período. Não é necessário realização de outro teste para sair do isolamento. Orientar a vacinação 30 dias após o resultado positivo.
	Não detectável/Não reagente	Alta do isolamento. Manter as medidas adicionais descritas no QUADRO 1 até completar 10 dias desde a exposição. Orientar a vacinação 10 dias após o contato.
Contato que teve COVID-19 confirmado por teste viral nos últimos 90 dias	Não é necessário realizar teste viral, a menos que venha a desenvolver sintomas.	Não é necessário realizar afastamento das atividades, a menos que venha apresentar sinais e sintomas. Manter as medidas adicionais descritas no QUADRO 1 pelo período de 10 dias

^a Para os casos em que o início dos sinais e sintomas for menor ou igual a 8 dias, realizar o teste.

4. **FICHAS DE NOTIFICAÇÃO/INSTRUTIVO**

- FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE SG SUSPEITO DE DOENÇA PELO CORONAVÍRUS 2019 – COVID-19 (B34.2) - Disponível em: https://datasus.saude.gov.br/wp-content/uploads/2021/08/Ficha-COVID-e-SUS-Notifica_16_08_21.pdf
- INSTRUTIVO DE PREENCHIMENTO DA FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE CASO DE SÍNDROME GRIPAL SUSPEITO DE DOENÇA PELO CORONAVÍRUS 2019 – COVID-19 (B34.2) - Disponível em https://datasus.saude.gov.br/wp-content/uploads/2021/08/Instrutivo-Ficha-de-Notificacao-e-SUS-Notifica_16_08_21.pdf
- FICHA DE REGISTRO INDIVIDUAL - CASOS DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE HOSPITALIZADO - Disponível em http://189.28.128.100/sivep-gripe/Ficha_SRAG_Hospitalizado_07.10.2021.pdf

- INSTRUTIVO DE PREENCHIMENTO DA FICHA DE REGISTRO INDIVIDUAL - CASOS DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE HOSPITALIZADO - Disponível em http://189.28.128.100/sivep-gripe/Instrutivo_SRAG_Hospitalizado_07.10.2021.pdf
- FICHA DE INVESTIGAÇÃO INDIVIDUAL - ACIDENTE DE TRABALHO COM EXPOSIÇÃO À MATERIAL BIOLÓGICO - Disponível em http://portalsinan.saude.gov.br/images/DRT/DRT_Acidente_Trabalho_Biologico.pdf
- INSTRUTIVO DE PREENCHIMENTO DA FICHA DE INVESTIGAÇÃO INDIVIDUAL - ACIDENTE DE TRABALHO COM EXPOSIÇÃO À MATERIAL BIOLÓGICO - Disponível em http://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/drtmb/DRT_Acidente_Trabalho_Biologico_v5_instr.pdf
- FICHA DE NOTIFICAÇÃO PARA CASOS DA SÍNDROME INFLAMATÓRIA MULTISSISTÊMICA PEDIÁTRICA (SIM-P) TEMPORALMENTE ASSOCIADA À COVID-19 - Disponível em <http://vigilancia.saude.mg.gov.br/index.php/download/ficha-de-notificacao-para-casos-sim-p-temporalmente-associada-a-covid-19/?wpdmid=8567>.

5. DOCUMENTOS PARA CONSULTA

Para temas específicos, recomendamos a leitura dos seguintes documentos disponíveis on-line:

Diagnóstico laboratorial e testagem:

- DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 3.598, DE 08 DE NOVEMBRO DE 2021. - Aprova as diretrizes para a atualização do plano de testagem Covid-19 no estado de Minas Gerais e dá outras providências. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Del%203598%20-%20SUBVS%20-%20Atualiza%C3%A7%C3%A3o%20testagem%20covid-19.pdf>

Investigação de surtos:

- Nota Técnica nº 19/SES/COES MINAS COVID-19/2021 - VIGILÂNCIA E MANEJO DE AGLOMERADO DE CASOS DE COVID-19 EM AMBIENTES RESTRITOS OU FECHADOS - SURTOS DE COVID-19. Disponível em: https://coronavirus.saude.mg.gov.br/images/1_2021/08-agosto/SEI_GOVMG_-_32550397_-_Nota_T%C3%A9cnica_19.pdf

Síndrome Inflamatória Multissistêmica Pediátrica (SIM-P)

- Nota Técnica nº 6/SES/SUBVS-SVE-DVAT/2020 - Orientações sobre a notificação da Síndrome Inflamatória Multissistêmica Pediátrica (SIM-P), temporalmente associada à COVID-19. Disponível em: https://coronavirus.saude.mg.gov.br/images/Nota_Tecnica_SIM-P.pdf

Reinfecção:

- Nota Técnica nº 3/SES/SUBVS-SVE-DVAT-CDAT/2021 - ATUALIZAÇÕES E ORIENTAÇÕES SOBRE O MANEJO DOS CASOS SUSPEITOS DE REINFECÇÃO POR SARS-COV-2. Disponível em: https://coronavirus.saude.mg.gov.br/images/1_2021/09-setembro/SEI_1320.01.0136217_2020_91.pdf

Vacinação:

- Portal da Vigilância em Saúde – Vigilância Epidemiológica – Imunização – Campanha Nacional de Vacinação contra Covid-19. Disponível em: <http://vigilancia.saude.mg.gov.br/index.php/imunizacao/>

Recomendação para a Saúde do Trabalhador:

- Nota Técnica COES MINAS COVID-19 Nº 44/2020 – 28/05/2020 - RECOMENDAÇÕES AOS PROFISSIONAIS E SERVIÇOS DE SAÚDE PARA CONTENÇÃO DA TRANSMISSÃO DO SARS-COV-2. Disponível: https://www.saude.mg.gov.br/images/noticias_e_eventos/000_2020/mar_abr_mai/28-05-Nota-Tecnica-Saude-Trabalhador.pdf

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Centers for disease control and prevention. Quarantine and Isolation. Disponível em: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/your-health/quarantine-isolation.html> [acessado em 15 de fevereiro de 2022]
2. 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. v. 4. Brasília, 2022.
3. Brasil. PORTARIA INTERMINISTERIAL MTP/MS Nº 14, DE 20 DE JANEIRO DE 2022. Altera o Anexo I da Portaria Conjunta nº 20, de 18 de junho de 2020. (Processo nº 19966.100565/2020-68). Disponível em <https://in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-interministerial-mtp/ms-n-14-de-20-de-janeiro-de-2022-375794121> [acessado em 26 de janeiro de 2021]

ANEXO 1 – FICHA DE REGISTRO INDIVIDUAL - CASOS DE SÍNDROME GRIPAL AGUDA


FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE SG SUSPEITO DE DOENÇA PELO CORONAVÍRUS 2019 – COVID-19 (B34.2)

Definição de caso: 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 distúrbios gustativos.

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.

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

IDENTIFICAÇÃO			
Município de Notificação:		UF de notificação:	
Tem CPF? (Marcar X) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Profissional de saúde: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Estrangeiro: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Data da Notificação:	
CPF:		Passaporte:	
CNS:			
Ocupação (CBO):			
Nome Completo:			
Nome Completo da Mãe:			
Data de nascimento:		País de origem:	
Sexo: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino		Raça/Cor: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Indígena Se indígena, informar etnia:	
É membro de povo ou comunidade tradicional? (Marcar X) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <i>Se sim, qual?</i>			
Estado de residência:		Município de Residência:	
Logradouro:		Número:	
Complemento:		Bairro:	
Telefone 1:		Telefone 2:	
E-mail:			

ESTRATÉGIA E LOCAL DE REALIZAÇÃO DA TESTAGEM			
Estratégia: (Marcar X)		Diagnóstico assistencial (sintomático)	
Se busca ativa de assintomático: (Marcar X)		Busca ativa de assintomático	
<input type="checkbox"/> Monitoramento de contatos		<input type="checkbox"/> Triagem de população específica	
<input type="checkbox"/> Investigação de surtos		Se triagem de população específica: (Marcar X)	
<input type="checkbox"/> Monitoramento de viajantes com risco de VOC (quarentena)		<input type="checkbox"/> Trabalhadores de serviços essenciais ou estratégicos	
Outro:		<input type="checkbox"/> Profissionais de saúde	
		<input type="checkbox"/> Gestantes e puérperas	
		<input type="checkbox"/> Povos e comunidades tradicionais	
		Outro:	
Local de realização da testagem: (Marcar X)		Local de trabalho	
<input type="checkbox"/> Serviço de saúde (UBS, hospital, UPA etc.)		<input type="checkbox"/> Escola	
<input type="checkbox"/> Farmácia ou drogaria		<input type="checkbox"/> Aeroporto	
<input type="checkbox"/> Outro:		<input type="checkbox"/> Domicílio ou comunidade	

DADOS CLÍNICOS EPIDEMIOLÓGICOS					
Sintomas: (Marcar X)		Assintomático		Febre	
<input type="checkbox"/> Dor de Cabeça		<input type="checkbox"/> Distúrbios gustativos		<input type="checkbox"/> Dor de Garganta	
<input type="checkbox"/> Distúrbios olfativos		<input type="checkbox"/> Outros		<input type="checkbox"/> Dispneia	
<input type="checkbox"/> Tosse		<input type="checkbox"/> Coriza			
Data do início dos sintomas:					
Condições: (Marcar X)					
<input type="checkbox"/> Doenças respiratórias crônicas descompensadas		<input type="checkbox"/> Doenças cardíacas crônicas		<input type="checkbox"/> Diabetes	
<input type="checkbox"/> Doenças renais crônicas em estágio avançado (graus 3, 4 e 5)		<input type="checkbox"/> Puérpera (até 45 dias do parto)		<input type="checkbox"/> Gestante	
<input type="checkbox"/> Portador de doenças cromossômicas ou estado de fragilidade imunológica		<input type="checkbox"/> Imunossupressão		<input type="checkbox"/> Obesidade	
<input type="checkbox"/> Outros		Campos preenchidos automaticamente pelo sistema.			
Recebeu vacina Covid-19? (Marcar X)		Dose		Data da vacinação	
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Se recebeu vacina Covid-19, informar:		Laboratório produtor da vacina	
		1ª dose		Lote da vacina	
		2ª dose			

EXAMES LABORATORIAIS					
Tipo de teste	Estado do teste		Data da coleta	Resultado	
RT-PCR	<input type="checkbox"/> Solicitado	<input type="checkbox"/> Coletado		<input type="checkbox"/> Não detectável	<input type="checkbox"/> Detectável
	<input type="checkbox"/> Concluído	<input type="checkbox"/> Não Solicitado		<input type="checkbox"/> Inconclusivo ou Indeterminado	
RT-LAMP	<input type="checkbox"/> Solicitado	<input type="checkbox"/> Coletado		<input type="checkbox"/> Não detectável	<input type="checkbox"/> Detectável
	<input type="checkbox"/> Concluído	<input type="checkbox"/> Não Solicitado		<input type="checkbox"/> Inconclusivo ou Indeterminado	
Teste sorológico IgA	<input type="checkbox"/> Solicitado	<input type="checkbox"/> Coletado		<input type="checkbox"/> Não reagente	<input type="checkbox"/> Reagente
	<input type="checkbox"/> Concluído	<input type="checkbox"/> Não Solicitado		<input type="checkbox"/> Inconclusivo ou Indeterminado	
Teste sorológico IgM	<input type="checkbox"/> Solicitado	<input type="checkbox"/> Coletado		<input type="checkbox"/> Não reagente	<input type="checkbox"/> Reagente
	<input type="checkbox"/> Concluído	<input type="checkbox"/> Não Solicitado		<input type="checkbox"/> Inconclusivo ou Indeterminado	
Teste sorológico IgG	<input type="checkbox"/> Solicitado	<input type="checkbox"/> Coletado		<input type="checkbox"/> Não reagente	<input type="checkbox"/> Reagente
	<input type="checkbox"/> Concluído	<input type="checkbox"/> Não Solicitado		<input type="checkbox"/> Inconclusivo ou Indeterminado	
Teste sorológico – anticorpos totais	<input type="checkbox"/> Solicitado	<input type="checkbox"/> Coletado		<input type="checkbox"/> Não reagente	<input type="checkbox"/> Reagente
	<input type="checkbox"/> Concluído	<input type="checkbox"/> Não Solicitado		<input type="checkbox"/> Inconclusivo ou Indeterminado	
Teste rápido de anticorpo IgM	<input type="checkbox"/> Solicitado	<input type="checkbox"/> Coletado		<input type="checkbox"/> Não reagente	<input type="checkbox"/> Reagente
	<input type="checkbox"/> Concluído	<input type="checkbox"/> Não Solicitado		<input type="checkbox"/> Inconclusivo ou Indeterminado	
Teste rápido de anticorpo IgG	<input type="checkbox"/> Solicitado	<input type="checkbox"/> Coletado		<input type="checkbox"/> Não reagente	<input type="checkbox"/> Reagente
	<input type="checkbox"/> Concluído	<input type="checkbox"/> Não Solicitado		<input type="checkbox"/> Inconclusivo ou Indeterminado	

Nº


 SIVEP-Gripe - SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DA GRIPE
 FICHA DE REGISTRO INDIVIDUAL - CASOS DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE HOSPITALIZADO - 21/02/2022

CASO DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE (SRAG-HOSPITALIZADO): Indivíduo com *SG que apresente: dispneia/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 1ºs sintomas
3	UF: 4 Município:	Código (IBGE):	
5	Unidade de Saúde:	Código (CNS):	
6	Tem CPF? 1-Sim 2-Não	7	CPF:
8	Estrangeiro 1-Sim 2-Não		
9	Cartão Nacional de Saúde (CNS):		
10	Nome:	11	Sexo: 1- Masc. 2- Fem. 9- Ign
12	Data de nascimento:	13	(Ou) Idade:
			1-Dia 2-Mês 3-Ano
15	Raça/Cor: 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9-Ignorado	14	Gestante:
16	Se indígena, qual etnia?	1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4-Idade Gestacional Ignorada 5-Não 6-Não se aplica 9-Ignorado	
17	É membro de povo ou comunidade tradicional? 1-Sim 2-Não	18	Se sim, qual? _____
19	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 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: 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)? 1-Sim 2-Não 9-Ignorado		
33	Paciente trabalha ou tem contato direto com aves, suínos, ou outro animal? 1-Sim 2-Não 3- Outro, qual _____ 9-Ignorado		
34	Sinais e Sintomas: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Febre Tosse Dor de Garganta Dispneia Desconforto Respiratório Saturação O2 < 95% Diarreia Vômito Dor abdominal Fadiga Perda do olfato Perda do paladar Outros _____		
35	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 _____		
36	Recebeu vacina COVID-19? 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? 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	41	Data da vacinação:
Se < 6 meses: a mãe recebeu a vacina? 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se sim, data: a mãe amamenta 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)			

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 Naso-orofaringe 2-Lavado Bronco-alveolar 3-Tecido post-mortem 4-Outra, qual? _____ 5-LCR 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 Sincial 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 Sincial 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: _ _ _ _ _	79	Data do Encerramento: _____	
	80	Número D.O: _ _ _ _ _ _ _ _ - _ _ _					
81	OBSERVAÇÕES:						
82	Profissional de Saúde Responsável: _____			83	Registro Conselho/Matricula: _____		

ANEXO 3 – FICHA DE REGISTRO INDIVIDUAL - CASOS DE SÍNDROME INFLAMATÓRIA MULTISSISTÊMICA PEDIÁTRICA TEMPORALMENTE ASSOCIADA AO COVID-19

**Ficha de notificação para casos da Síndrome Inflamatória Multissistêmica
Pediátrica (SIM-P) temporalmente associada à COVID-19**
(formulário online <https://redcap.link/simpcovid>)

DEFINIÇÃO DE CASO CONFIRMADO**Definição de caso preliminar***

Caso que foi hospitalizado ou óbito com:

- Presença de febre elevada (considerar o mínimo de 38°C) e persistente (≥ 3 dias) em crianças e adolescentes (entre 0 e 19 anos de idade)

E

- Pelo menos dois dos seguintes sinais e/ou sintomas:
 - Conjuntivite não purulenta ou erupção cutânea bilateral ou sinais de inflamação mucocutânea (oral, mãos ou pés),
 - Hipotensão arterial ou choque,
 - Manifestações de disfunção miocárdica, pericardite, valvulite ou anormalidades coronárias (incluindo achados do ecocardiograma ou elevação de Troponina / NT-proBNP),
 - Evidência de coagulopatia (por TP, TTPa, D-dímero elevados).
 - Manifestações gastrointestinais agudas (diarreia, vômito ou dor abdominal).

E

- Marcadores de inflamação elevados, como VHS, PCR ou procalcitonina, entre outros.

E

- Afastadas quaisquer outras causas de origem infecciosa óbvia de inflamação, incluindo sepse bacteriana, síndromes de choque estafilocócica ou estreptocócica.

E

- Evidência de COVID-19 (biologia molecular, teste antigênico ou sorológico positivos) ou história de contato com caso de COVID-19.

Comentários adicionais

- Podem ser incluídos crianças e adolescentes que preencherem critérios totais ou parciais para a síndrome de Kawasaki ou choque tóxico, com evidência de infecção pelo SARS-CoV-2.

*Adaptada pelo Ministério da Saúde, com base na definição de caso da OPAS/OMS (WHO/2019-nCoV/MIS_Children_CRF/2020.2), validada pela Sociedade Brasileira de Pediatria, Sociedade Brasileira de Cardiologia e Instituto Evandro Chagas.

NT-proBNP - N-terminal do peptídeo natriurético tipo B; TP - Tempo de protrombina; TTPa - Tempo de tromboplastina parcial ativada; VHS - Velocidade de hemossedimentação; PCR - Proteína C-reativa.

Para fins de notificação os casos suspeitos devem ser considerados, ou seja, aqueles com sinais e sintomas sugestivos de SIM-P.

Identificação da notificação

UF de Notificação: _____ Município de notificação: _____

Nome da Unidade de Notificação: _____

CNES: _____ Data da Notificação: ___/___/___

Nome do profissional: _____

Telefone de contato do profissional / unidade notificante: _____

E-mail de contato do profissional / unidade notificante: _____

Identificação do caso ou óbito

Nome do paciente: _____
 Nome da mãe: _____
 Nome do(a) Responsável: _____
 Data de nascimento: ___/___/___ Nacionalidade: _____
 Nº do CPF: _____ Nº do Cartão Nacional de Saúde: _____
 Sexo: () Masculino () Feminino
 Se sexo feminino, está gestante? () sim () não () não sabe () não se aplica
 Se sim, período gestacional: _____
 () 1º trimestre () 2º trimestre () 3º trimestre () ignorado
 Raça/cor: () branca () preta () parda () amarela () indígena () não declarado
 Se indígena, qual etnia? _____
Endereço de residência
 Logradouro: _____ Nº: _____
 Bairro: _____ CEP: _____ Complemento: _____
 UF: _____ Município: _____ Telefone: (____) _____

Identificação da hospitalização

Data internação: ___/___/___
 Qual a principal hipótese diagnóstica no momento da internação? _____
 Internação em UTI? () Sim () Não
 Se sim, data de entrada na UTI: ___/___/___ data de alta da UTI: ___/___/___

Critérios atendidos

Quais critérios da definição de caso encontram-se presentes?
 () Febre $\geq 38^{\circ}\text{C}$ e ≥ 3 dias Data de início da febre: ___/___/___
 () Conjuntivite não purulenta **ou** erupção cutânea bilateral **ou** sinais de inflamação muco-cutânea (oral, mãos ou pés)
 () Hipotensão arterial **ou** choque
 () Manifestações de disfunção miocárdica, pericardite, valvulite ou anormalidades coronárias
 () Evidência de coagulopatia
 () Manifestações gastrointestinais agudas (diarreia, vômito ou dor abdominal)
 () Marcadores de inflamação elevados
 () Afastadas quaisquer outras causas de origem infecciosa
 () Evidência de COVID-19 ou história de contato próximo com caso de COVID-19

Sinais/sintomas e achados clínicos

Data de início dos sintomas: ___/___/___ Peso: _____ Kg Altura: _____ cm
 Quais sinais e sintomas foram percebidos?
 () Alterações na cor da pele () Dispneia () Irritabilidade
 (ex. palidez, cianose) () Dor à deglutição () Letargia
 () Cefaleia () Dor de garganta () Linfadenopatia
 () Confusão mental () Dor no peito () Náusea / Vômitos
 () Conjuntivite () Dores abdominais () Mialgia
 () Coriza () Edema cervical () Manchas vermelhas pelo corpo (exantema, rash, etc.)
 () Diarreia () Edema de mãos e pés
 () Oligúria ($<2\text{ml/kg/hr}$) () Tosse () outros, especificar:
 () Taquicardia () Sat.O₂ $<95\%$ ar ambiente _____

Complicações apresentadas:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Não houve complicação | <input type="checkbox"/> Infarto do miocárdio | <input type="checkbox"/> Pneumonia |
| <input type="checkbox"/> Convulsões | <input type="checkbox"/> Insuficiência renal aguda | <input type="checkbox"/> Sepsis |
| <input type="checkbox"/> Edema Agudo Pulmonar | <input type="checkbox"/> Necessidade de ventilação invasiva | <input type="checkbox"/> Outros, especificar: _____ |
| <input type="checkbox"/> Evento tromboembólico | <input type="checkbox"/> Necessidade de ventilação não invasiva | |
| <input type="checkbox"/> Falência de outros órgãos | <input type="checkbox"/> Necessidade de troca plasmática | |
| <input type="checkbox"/> Hipertensão arterial | | |
| <input type="checkbox"/> Hipotensão – necessidade de uso de drogas vasoativas | | |

Antecedentes clínico-epidemiológicos**Doença ou condição pré-existente:**

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Não apresenta | | |
| <input type="checkbox"/> Cardiopatia <i>Se sim:</i> | <i>() pericardite; ou</i> | <input type="checkbox"/> Imunossuprimido |
| <i>() congênita ou () adquirida.</i> | <i>() arritmia</i> | <input type="checkbox"/> Hipertensão arterial |
| Se congênita: | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Hipertensão pulmonar |
| <i>() acianogênica ou</i> | <input type="checkbox"/> Dislipidemia | <input type="checkbox"/> Nefropatia |
| <i>() cianogênica.</i> | <input type="checkbox"/> Desnutrição | <input type="checkbox"/> Pneumopatia |
| Se adquirida: | <input type="checkbox"/> Doença hematológica | <input type="checkbox"/> Síndrome genética |
| <i>() insuficiência cardíaca;</i> | <input type="checkbox"/> Doença neurológica | <input type="checkbox"/> Outras. Quais? _____ |
| <i>() febre reumática;</i> | <input type="checkbox"/> Doença reumatológica | |
| <i>() miocardite;</i> | <input type="checkbox"/> Doença oncológica | |

Faz uso de medicação diária?

- Sim Não Não sabe/Não respondeu
- Se sim, qual/quais? _____
- Se não, fez uso de algum medicamento nos 30 dias antes do início dos sintomas?
- Sim Não Não sabe/Não respondeu
- Se sim, qual/quais? _____

Recebeu vacina COVID-19? () sim () não () não sabe/não respondeuPrimeira dose (ou dose única): Sim Não Não sabe/Não respondeu.

Fabricante: _____ Data: __/__/__

Segunda dose: Sim Não Não sabe/Não respondeu.

Fabricante: _____ Data: __/__/__

Dose de reforço Sim Não Não sabe/Não respondeu

Fabricante: _____ Data: __/__/__

Recebeu alguma vacina nos 60 dias antes do início dos sintomas? Sim Não Não sabe/Não respondeu

Se sim, qual/quais? _____

Já teve diagnóstico prévio de Síndrome de Kawasaki? () Sim () Não () Não sabe/Não respondeu

Se sim, quando? _____

Fez ou Faz algum acompanhamento/tratamento? Sim Não Não sabe/Não respondeu**Teve contato com algum caso confirmado para COVID-19?** sim não Não sabe/Não respondeu

Se sim, data de início dos sintomas do contato? __/__/__ Data da última exposição: __/__/__

Resultados de Exames

Marcadores de inflamação, coagulopatia ou disfunção orgânica:

Hemoglobina (g/L): normal alterado não realizou**Leucócitos totais (x10⁹/L):** normal alterado não realizou**Neutrófilos (x10⁹/L):** normal alterado não realizou**Linfócitos (x10⁹/L):** normal alterado não realizou**Hematócrito (%):** normal alterado não realizou**Plaquetas (x10⁹/L):** normal alterado não realizou**TTPTa:** normal alterado não realizou**TP:** normal alterado não realizou**Fibrinogênio (g/L):** normal alterado não realizou**Procalcitonina (ng/mL):** normal alterado não realizou**Proteína C reativa (mg/dL):** normal alterado não realizou**VHS (mm/h):** normal alterado não realizou**Dímero-D (mg/L):** normal alterado não realizou**IL-6 (pg/mL):** normal alterado não realizou**Creatinina (μmol/L):** normal alterado não realizou**Sódio (mmol/L):** normal alterado não realizou**Potássio (mmol/L):** normal alterado não realizou**Ureia (mmol/L):** normal alterado não realizou**NT Pro-BNP (pg/mL):** normal alterado não realizou**BNP (pg/mL):** normal alterado não realizou**Troponina (ng/mL):** normal alterado não realizou**CKMB (U/L):** normal alterado não realizou**DHL (U/L):** normal alterado não realizou**Triglicérides:** normal alterado não realizou**TGO (U/L):** normal alterado não realizou**TGP (U/L):** normal alterado não realizou**Albumina (g/dL):** normal alterado não realizou**Lactato (mmol/L):** normal alterado não realizou**Ferritina (μg/mL):** normal alterado não realizou**Hemocultura?** Sim Não Ignorado Data da coleta: __/__/__ Resultado: _____**Realizou exame de imagens?** Sim Não Ignorado. Se sim, data: __/__/__

Qual(is) exame(s) de imagem?

 Radiografia do Tórax**Resultado:** Imagem de vidro fosco Tomografia do Tórax Infiltrado Condensação Derrame Pleural Outros. _____ Ultrassonografia de abdome - **Resultado:** Hepatomegalia Ileíte Outros. _____ Eplenomegalia Linfadenite Colite Ascite Ecocardiografia - **Resultado:** Sinais de disfunção miocárdica Anormalidades coronarianas Sinais de pericardite Outros. _____ Sinais de valvulite**Realizou eletrocardiograma?** Sim Não Ignorado Resultado: _____**Realizou coleta de exames laboratoriais específicos para COVID-19?** Sim Não Ignorado

Se sim, qual(is):

RT-PCR: Sim Não Data da coleta: __/__/__

Material de coleta:

 swab nasofaríngeo secreção traqueal Outros, especificar _____**Resultado da coleta:** Detectável para SARS-CoV-2 (COVID-19)

Se detectável para outros agentes infecciosos,

 Não detectável para SARS-CoV-2 (COVID-19)

quais? _____

 Indeterminado para SARS-CoV-2 (COVID-19) Ignorado Detectável para outros agentes infecciosos

Sorologia/Teste Rápido para SARS-CoV-2: () Sim () Não

Data da coleta: __/__/__ Método de sorologia: () Teste rápido () Outro

Resultado:

() Reagente para SARS-CoV-2 (COVID-19) () Inconclusivo para SARS-CoV-2 (COVID-19)
() Não reagente para SARS-CoV-2 (COVID-19) () Ignorado

Data da coleta: / /

Teste rápido de Antígeno (TR-AG): () sim () não

Resultado:

() Reagente para SARS-CoV-2 (covid-19) () Inconclusivo para SARS-CoV-2 (covid-19)
() Não reagente para SARS-CoV-2 (covid-19) () Ignorado

Data da coleta: / /

Realizou coleta de exames laboratoriais específicos para outra(s) etiologia(s) além de COVID-19? () Sim () Não () Ignorado Se sim, quais? _____

(Descrever etiologias, data de coleta, técnica de análise e resultado).

Tratamento

Em algum momento da internação utilizou alguma das terapêuticas abaixo?

Antivírico? () Sim () Não () se desconhece. Se sim, qual(is)?

[] Ribavirina [] Lopinavir ou Ritonavir [] Tocilizumabe [] Ivermectina [] Remdesivir

[] Outros _____

Corticoesteróide? () Sim () Não () se desconhece. Se sim, qual(is)? _____

Imunoglobulina intravenosa? () Sim () Não () se desconhece. Se sim, data de início: __/__/__

Dose diária: _____ (incluir unidade); duração (em dias): _____

Anticoagulação sistêmica? () Sim () Não () se desconhece. Se sim, data de início: __/__/__

Dose diária: _____ (incluir unidade); duração (em dias): _____

Outra(s)? () Sim () Não () se desconhece. Se sim, qual(is)? _____

Variáveis de encerramento

Diagnóstico médico final:

() SIM-P () Kawasaki () Kawasaki atípica
() Síndrome do Choque Tóxico () Outro, especifique: _____

Evolução: () Alta hospitalar

Se alta: () sem sequelas () com sequelas.

Qual/quais? _____

() Óbito

Data da evolução: __/__/__

Classificação do caso – Para uso exclusivo da Vigilância Epidemiológica

() Em investigação

() SIM-P temporalmente associada à COVID-19

() Descartado – não atende aos critérios () Descartado* – outro diagnóstico _____
*atende aos critérios, mas foi confirmado para outro diagnóstico

() SIM-A temporalmente associada à COVID-19 (Adultos)

*atende aos critérios, porém fora da faixa etária preconizada

Critério de confirmação: () Laboratorial () Clínico-epidemiológico

ANEXO VI – FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO COM EXPOSIÇÃO À MATERIAL BIOLÓGICO

Definição de caso: Todo caso de acidente de trabalho ocorrido com quaisquer categorias profissionais, envolvendo exposição direta ou indireta do trabalhador a material biológico (orgânico) potencialmente contaminado por patógenos (vírus, bactérias, fungos, príons e protozoários), por meio de material perfuro-cortante ou não.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual		3 Data da Notificação		
	2 Agravado/doença ACIDENTE DE TRABALHO COM EXPOSIÇÃO À MATERIAL BIOLÓGICO		Código (CID10) Z20.9		
	4 UF	5 Município de Notificação		Código (IBGE)	
Notificação Individual	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		7 Data do Acidente		
	8 Nome do Paciente		9 Data de Nascimento		
	10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	11 Sexo M - Masculino F - Feminino 1 - Ignorado	12 Gestante 1-1ºTrimestre 2-2ºTrimestre 3-3ºTrimestre 4 - Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado	13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado	
14 Escolaridade 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª à 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica					
15 Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe			
Dados de Residência	17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)	19 Distrito	
	20 Bairro		21 Logradouro (rua, avenida,...)		
	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)		24 Geo campo 1	
	25 Geo campo 2		26 Ponto de Referência		
	28 (DDD) Telefone		29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	30 País (se residente fora do Brasil)	
	27 CEP				
Dados Complementares do Caso					
Antecedentes Epidemiológicos	31 Ocupação				
	32 Situação no Mercado de Trabalho 01 - Empregado registrado com carteira assinada 05 - Servidor público celetista 09 - Cooperativado 02 - Empregado não registrado 06 - Aposentado 10- Trabalhador avulso 03- Autônomo/ conta própria 07- Desempregado 11- Empregador 04- Servidor público estatutário 08 - Trabalho temporário 99 - Ignorado		33 Tempo de Trabalho na Ocupação 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano		
	34 Registro/ CNPJ ou CPF		35 Nome da Empresa ou Empregador		
	36 Atividade Econômica (CNAE)		37 UF	38 Município	Código (IBGE)
	39 Distrito		40 Bairro	41 Endereço	
	42 Número	43 Ponto de Referência		44 (DDD) Telefone	
45 O Empregador é Empresa Terceirizada 1- Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9- Ignorado					

Acidente com material biológico	46 Tipo de Exposição <input type="checkbox"/> Percutânea <input type="checkbox"/> Pele íntegra <input type="checkbox"/> Outros _____ 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Mucosa (oral/ ocular) <input type="checkbox"/> Pele não íntegra			
	47 Material orgânico <input type="checkbox"/> 1-Sangue 2-Líquor 3-Líquido pleural 4-Líquido ascítico 9-Ignorado 5-Líquido amniótico 6-Fluido com sangue 7-Soro/plasma 8-Outros: _____			
	48 Circunstância do Acidente <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 01 - Administ. de medicação endovenosa 09 - Lavanderia 02 - Administ. de medicação intramuscular 10 - Lavagem de material 03 - Administ. de medicação subcutânea 11 - Manipulação de caixa com material perfurocortante 04 - Administ. de medicação intradérmica 12 - Procedimento cirúrgico 05 - Punção venosa/arterial para coleta de sangue 13 - Procedimento odontológico 06 - Punção venosa/arterial não especificada 14 - Procedimento laboratorial 07 - Descarte inadequado de material perfurocortante em saco de lixo 15 - Dextro 08 - Descarte inadequado de material perfurocortante em bancada, cama, chão, etc... 16 - Reencape 98 - Outros 99 - Ignorado			
	49 Agente <input type="checkbox"/> 1-Agulha com lúmen (luz) 2 - Agulha sem lúmen/maciça 3 - Intracath 4 - Vidros 5 - Lâmina/lanceta (qualquer tipo) 6 - Outros 9 - Ignorado			
	50 Uso de EPI (aceita mais de uma opção) 1- Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> LUVVA <input type="checkbox"/> Avental <input type="checkbox"/> Óculos <input type="checkbox"/> Máscara <input type="checkbox"/> Proteção facial <input type="checkbox"/> Bota			
	51 Situação vacinal do acidentado em relação à hepatite B (3 doses) <input type="checkbox"/> 1-Vacinado 2-Não vacinado 9-Ignorado		52 Resultados de exames do acidentado (no momento do acidente - data ZERO) <input type="checkbox"/> 1-Positivo 2-Negativo 3-Inconclusivo 4-Não realizado 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Anti-HIV <input type="checkbox"/> HbsAg <input type="checkbox"/> Anti-HBs <input type="checkbox"/> Anti-HCV	
	Dados do Paciente Fonte (no momento do acidente)		54 Se sim, qual o resultado dos testes sorológicos?	
	53 Paciente Fonte Conhecida? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2 - Não 9- Ignorado		1-Positivo 2-Negativo 3-Inconclusivo 4 - Não Realizado 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Hbs Ag <input type="checkbox"/> Anti-HBc <input type="checkbox"/> Anti-HIV <input type="checkbox"/> Anti-HCV	
	55 Conduta no momento do acidente 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Sem indicação de quimioprofilaxia <input type="checkbox"/> AZT+3TC+Indinavir <input type="checkbox"/> Vacina contra hepatite B <input type="checkbox"/> Recusou quimioprofilaxia indicada <input type="checkbox"/> AZT+3TC+Nelfinavir <input type="checkbox"/> Outro Esquema de ARV Especifique _____ <input type="checkbox"/> AZT+3TC <input type="checkbox"/> Imunoglobulina humana contra hepatite B (HBIG)			
	56 Evolução do Caso <input type="checkbox"/> 1-Alta com conversão sorológica (Especificar vírus: _____) 2-Alta sem conversão sorológica 3-Alta paciente fonte negativo 4- Abandono 5- Óbito por acidente com exposição à material biológico 6- Óbito por Outra Causa 9- Ignorado			
Conclusão	57 Se Óbito, Data _____		58 Foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho <input type="checkbox"/> 1-Sim 2 - Não 3- Não se aplica 9- Ignorado	

Informações complementares e observações

Investigador Município/Unidade de Saúde	Cód. da Unid. de Saúde
Nome	Assinatura
Função	

Acidente de trabalho com exposição à material biológico Sinan Net SVS 21/06/2019

Nara Lúcia Carvalho da Silva

Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde do Estado de Minas Gerais – CIEVS-Minas

Jaqueline Silva de Oliveira

Coordenação Estadual de Laboratórios e Pesquisa em Vigilância - CELP

Gilmar Jose Coelho Rodrigues

Diretoria de Vigilância de Agravos Transmissíveis

Marcela Lencine Ferraz

Diretora de Vigilância de Agravos Transmissíveis

Elice Eliane Nobre Ribeiro

Superintendente de Vigilância Epidemiológica

Herica Vieira Santos

Subsecretária de Vigilância em Saúde

[\[1\]](#) Notificação de Saúde do Trabalhador: Nota Técnica COES MINAS COVID-19 N° 44/2020 – 28/05/2020 - RECOMENDAÇÕES AOS PROFISSIONAIS E SERVIÇOS DE SAÚDE PARA CONTENÇÃO DA TRANSMISSÃO DO SARS-COV-2

² Considerar o primeiro dia dos sintomas em caso de teste viral positivo como dia 0. **O dia 1 é o primeiro dia completo após o desenvolvimento dos sintomas ou a coleta da amostra de teste.**



Documento assinado eletronicamente por **Nara Lucia Carvalho da Silva, Servidor (a) Público (a)**, em 10/03/2022, às 10:48, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 47.222, de 26 de julho de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Hérica Vieira Santos, Subsecretário(a)**, em 10/03/2022, às 11:20, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 47.222, de 26 de julho de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Elice Eliane Nobre Ribeiro, Superintendente**, em 10/03/2022, às 11:33, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 47.222, de 26 de julho de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Renee Silva Carvalho, Servidor(a) Público(a)**, em 10/03/2022, às 15:47, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 47.222, de 26 de julho de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Marcela Lencine Ferraz, Diretor(a)**, em 10/03/2022, às 16:46, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 47.222, de 26 de julho de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Gilmar Jose Coelho Rodrigues, Coordenador(a)**, em 10/03/2022, às 17:04, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 47.222, de 26 de julho de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.mg.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **43284026** e o código CRC **AAD9D396**.