

FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE CASO SUSPEITO DE DOENÇA PELO CORONAVÍRUS 2022 – COVID-19
Modelo Ministério da Saúde (B34.2)

Nº ___/2022

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.

IDENTIFICAÇÃO

CPF: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

CNS: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Nome Completo: _____

Nome Completo da Mãe: _____

Data de nascimento: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Sex: (Marcar X) |_|_| Masculino |_|_| Feminino

Raça/COR: (Marcar X) |_|_| Branca |_|_| Preta |_|_| Amarela |_|_| Parda |_|_| Indígena

Logradouro: _____ Complemento: _____

Número: _____ Bairro: _____ CEP: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Município de Residência: _____ Estado de residência: |_|_|

Tel. Celular: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Telefone de contato: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

DADOS CLÍNICOS EPIDEMIOLÓGICOS

Data da Notificação: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Sinais: (Marcar X)

|_|_| Febre |_|_| Dor de Garganta |_|_| Tosse |_|_| Dispneia |_|_| Outros _____

Data do início dos sintomas: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Condições: (Marcar X)

|_|_| Doenças respiratórias crônicas descompensadas |_|_| Diabetes |_|_| Gestante

|_|_| Doenças renais crônicas em estágio avançado (graus 3, 4 e 5) |_|_| Imunossupressão

|_|_| Portador de doenças cromossômicas ou estado de fragilidade imunológica

|_|_| Doenças cardíacas crônicas

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

TERMO DE COMPROMISSO E CIÊNCIA DE ISOLAMENTO

Eu, _____, abaixo assinado(a), portador da cédula de identidade RG _____ e inscrito(a) no CPF sob nº _____, residente e domiciliado na rua/avenida _____, bairro _____, CEP: _____- _____, na cidade de, _____, Estado de _____, DECLARO que fui informado pelo profissional de saúde que me atendeu, acerca do isolamento domiciliar de acordo com a LEI Nº 13.979, DE 6 DE FEVEREIRO DE 2020, necessário diante da suspeita ou confirmação do NOVOCORONAVIRUS (COVID-2019), tendo ciência de seus benefícios e riscos, assim como das consequências e complicações decorrentes de sua não realização. **Comprometo-me** a apresentar para Faculdade, em até 4 dias úteis, o resultado do exame para detecção do Sars-CoV-2 (COVID-19) para fins de confirmação do meu estado de saúde, seguir as orientações que me foram mencionadas, e assumo todas as consequências e responsabilidades da não realização, inclusive as penalidades legais previstas no Código Penal Brasileiro em seu artigo 267 para tais atos.

O isolamento tem data de início em _____, término previsto para _____, no seguinte local de cumprimento da medida: _____ (endereço).

Data da realização do exame: _____ Resultado do Exame: |__| Positivo |__| Negativo

E por ser a expressão da verdade, assino o presente, para que surta seus legais e jurídicos efeitos.

Assinatura de Cientificado: _____

Data:

Hora: