

**FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE CASO SUSPEITO DE DOENÇA PELO CORONAVÍRUS 2019 – COVID-19**

Modelo Ministério da Saúde (B34.2)

Nº \_\_\_/2021

**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: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| Sintomas: (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: