



PREFEITURA MUNICIPAL DE PARÁ DE MINAS SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Avenida Orlando Maurício dos Santos n 222 3º andar Bairro Senador Valadares
Pará de Minas/ MG – CEP:35661-034 / Telefone: (37) 3233-5800 Fax: (37) 3233-5829

Pará de Minas, 01 de Junho de 2020

Nota Informativa nº 23/2020

Responsáveis: Wagner Magesty Silveira – Secretário Municipal de Saúde e Comissão Técnica de Enfrentamento ao COVID-19.

Assunto: Ampliação dos grupos para realização de testes rápidos

Considerando o Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária à Saúde (APS), resolve:

- Alterar as informações contidas na Nota Informativa nº 19/2020;
- Ampliar o grupo para realização dos testes rápidos;
- Alterar o impresso de solicitação do exame.

GRUPOS PRIORITÁRIOS PARA TRIAGEM – TESTE RÁPIDO

- Os testes têm como populações-alvo, EXCLUSIVAS, indivíduos que apresentem **síndrome gripal**, ou seja, apresentando o quadro respiratório agudo, caracterizado por sensação febril ou febre, mesmo que relatada – admitido que idosos eventualmente não apresentem febre, mas podem ter a concomitância de outros sinais de agravamento, como síncope, confusão mental, sonolência excessiva, irritabilidade e inapetência – acompanhada de tosse OU dor de garganta OU coriza OU dificuldade respiratória.
- A partir de 1º de Junho todos os casos diagnosticados como síndrome gripal serão testados. O fluxo de testagem será mantido, de acordo com Nota Informativa 19/2020.

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

Definição de caso: indivíduo com quadro respiratório agudo, caracterizado por sensação febril ou febre, mesmo que relatada, acompanhada de tosse OU dor de garganta OU coriza.

Em crianças: considera-se também obstrução nasal, na ausência de outro diagnóstico específico.

Em idosos: a febre pode estar ausente. Deve-se considerar também critérios específicos de agravamento como síncope, confusão mental, sonolência excessiva, irritabilidade e inapetência.

UF: _____	Município de Notificação: _____	Unidade Básica de Saúde: _____	
IDENTIFICAÇÃO	Tem CPF? (Marcar X) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Estrangeiro: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	É profissional de saúde? (Marcar X) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	CBO: _____	CPF: _____	
	CNS: _____		
	Nome Completo: _____		
	Nome Completo da Mãe: _____		
	Data de nascimento: _____	País de origem: _____	
	Sexo: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	Passaporte: _____	
CEP: _____			
UF: _____	Município de Residência: _____		
Logradouro: _____	Número: _____		
Complemento: _____		Bairro: _____	
Telefone Celular: _____		Telefone do contato: _____	
Data da Notificação: _____			
Sintomas: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Dor de Garganta <input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Outros _____		Data do início dos sintomas: _____	
DADOS CLÍNICOS EPIDEMIOLÓGICOS			
Condições: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Idade igual ou superior a 60 anos <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"/> Imunossupressão <input type="checkbox"/> Gestante de alto risco <input type="checkbox"/> Portador de doenças cromossômicas ou estado de fragilidade imunológica <input type="checkbox"/> Doença hepática em estágio avançado <input type="checkbox"/> Obesidade (IMC>=40)			
Estado do Teste: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Solicitado <input type="checkbox"/> Coletado <input type="checkbox"/> Concluído	Data da Coleta do Teste: _____	Tipo de Teste: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Teste rápido – anticorpo <input type="checkbox"/> Teste rápido – antígeno <input type="checkbox"/> RT - PCR	Resultado do teste: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Positivo
Classificação final: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Confirmação laboratorial <input type="checkbox"/> Confirmação clínico epidemiológico <input type="checkbox"/> Descartado	Evolução do caso: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Cancelado <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Cura <input type="checkbox"/> Internado <input type="checkbox"/> Internado em UTI <input type="checkbox"/> Em tratamento domiciliar		
Data de encerramento: _____			
Profissional Solicitante/Carimbo: _____			

Informações complementares e observações


A equipe de saúde deverá encaminhar cópia/foto desta solicitação, para agendamento da coleta, através do e-mail callcenter.covid19@parademinas.mg.gov.br ou ainda pelo whatsapp da Viviane Cristina, Coordenadora do Call Center. O documento original ficará com o paciente e deverá ser apresentado no dia da coleta.

As outras informações referentes à Testagem e retorno ao trabalho dos profissionais de saúde e segurança pública encontram-se na Nota Informativa 19/2020.

As informações mais atualizadas sobre a pandemia estarão disponíveis nos links da Secretaria de Saúde (<https://www.saude.mg.gov.br/coronavirus>) e do (<http://coronavirus.saude.gov.br/>).

Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). Protocolo de Manejo Clínico do Novo Coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária a Saúde. Brasília – DF. Março de 2020.



Wagner Magesty Silveira
Secretário Municipal de Saúde