

FICHA DE NOTIFICAÇÃO SÍNDROME GRIPAL NO e-SUS VE

Número Notificação:		Data da notificação: ____/____/____	
IDENTIFICAÇÃO			
CPF Nº:	Estrangeiro () SIM () NÃO	É profissional de saúde? () SIM () NÃO	
Raça/Cor autodeclarada: () branca () preta () parda () amarela () indígena () ignorada	PROFISSÃO	CNS	
Nome Completo:			
Nome Completo da Mãe:		Data de Nascimento: ____/____/____	
País de origem:		Sexo: M () F ()	
Logradouro:			
CEP:	Número:	Complemento:	
Bairro:		Estado de Residência:	
Município de Residência:			
Telefone Celular:		Email:	
NOTIFICAÇÃO			
SINTOMAS no último mês No mínimo 02 sintomas		Comorbidades	
<input type="checkbox"/> Dor de garganta <input type="checkbox"/> Perda de olfato <input type="checkbox"/> Dispnéia <input type="checkbox"/> Perda de paladar <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Dor de cabeça <input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Dor no corpo <input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> NEGA <input type="checkbox"/> Outros: _____		<input type="checkbox"/> Pneumopatias <input type="checkbox"/> Doenças cardiovasculares <input type="checkbox"/> Doenças Neurológicas <input type="checkbox"/> Doenças Cromossômicas <input type="checkbox"/> Gestante de Alto Risco <input type="checkbox"/> Doenças Renais Crônicas Avançadas <input type="checkbox"/> Imunossupressão <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Obesidade (IMC > 30kg/m ²) <input type="checkbox"/> Outras: _____ <input type="checkbox"/> NEGA	
Data início dos sintomas ____/____/____	Estado do Teste:		
Data de fim dos sintomas ____/____/____	<input type="checkbox"/> Coletado <input type="checkbox"/> Solicitado <input type="checkbox"/> Concluído		
() permanece com sintomas	Resultado do teste		
	<input type="checkbox"/> Não Reagente <input type="checkbox"/> IgG Reagente <input type="checkbox"/> IgM Reagente <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
NOTIFICAÇÃO ATUALIZADA EM: 10/12/2020		Tipo de teste	
		<input type="checkbox"/> teste rápido – anticorpo <input type="checkbox"/> teste rápido – antígeno <input type="checkbox"/> RT - PCR	
		DATA DA COLETA DO TESTE	
		____/____/____	