FORMULÁRIO DE INVESTIGAÇÃO DE ÓBITO POR COVID-19, MINAS GERAIS, 2020.

Unidade de Saúde/Hospital:_____**CNES**:_____
Município: _____ **Unidade Regional de Saúde** _____
Nº do prontuário: _____ **Data da investigação:** ____/____/_____

DADOS IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: _____
Nº cartão SUS: _____ **Data de nascimento:** _____/_____/_____**Idade:**_____ (D)(M)(A)
Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino **Se sexo feminino, gestante?:** ( ) sim ( ) não ( ) não sei **Idade Gestacional**: _____
Raça/cor:( )Branca ( )Preta ( )Amarela ( )Parda **Etnia**:( )Indígena **Tribo:** _____
Nome da mãe: _____
Endereço de residência: _____**Número**:_____
Bairro/Localidade: _____**Município de residência:**_____
Distrito: _____ **Zona:** ( ) Urbana ( ) Periurbana ( ) Rural
Telefone(s): _____
Ocupação:_____
Local de trabalho:_____
Bairro/Localidade:_____ **Município:**_____
Distrito: _____ **Zona:** ( ) Urbana ( ) Periurbana ( ) Rural

DADOS DO ÓBITO

Data do óbito: ____/_____/_____ **Número da Declaração de Óbito** _____
Local de ocorrência do óbito:
Nome do serviço de saúde:_____
CNES:_____ **Município de ocorrência**: _____
Causas da morte - Parte I

A- _____
B- _____
C- _____
D- _____

Causas da morte - Parte II

_____

DADOS CLÍNICOS

Data de início dos sinais e sintomas: _____/_____/_____
Serviços onde o paciente foi atendido: ( ) Público ( ) Privado **Tipo de serviço**: ( )Atenção Primária ( ) Ambulatório ( ) Unidade de Pronto Atendimento (UPA) Policlínica ( ) Consultório ( ) Unidade Hospitalar
Serviço:
Nome:_____ **Município**:_____ **Houve Internação**?: ( )Sim ( ) não **Data**:___/___/___
Nome:_____ **Município**:_____ **Houve Internação**?: ( )Sim ( ) não **Data**:___/___/___
Nome:_____ **Município**:_____ **Houve Internação**?: ( )Sim ( ) não **Data**:___/___/___
Nome:_____ **Município**:_____ **Houve Internação**?: ( )Sim ( ) não **Data**:___/___/___

Sinais e sintomas (assinalar com (X)

( ) febre
( ) cefaleia
( ) hipotensão
( ) calafrios
( ) saturação de O2 < 95%
( ) mialgia/artralgia
( ) batimento de aleta nasal
( ) anorexia
( ) náusea

( ) gânglios linfáticos aumentados
( ) tosse seca
( ) coriza
( ) desconforto respiratório
( ) dispnéia
( ) cianose
( ) alteração do olfato
( ) vômitos – aspecto:_____
( ) alteração do paladar
( ) dificuldade para deglutir
( ) diarréia
( ) manchas vermelhas pelo corpo
( ) irritabilidade
( ) confusão mental
( ) adnamia(fraqueza)
( ) escala de GLASGOW _____
( ) uso de musculatura acessória (tiragem intercostal)
( ) **Outros**_____

COMORBIDADES

( ) Idade ≥ a 60 anos
( ) Insuficiência cardíaca
( ) Arritmia cardíaca
( ) Imunodeficiência
( ) Doença Cardiovascular Crônica
( ) Tabagismo
( ) Asma moderada/grave
( ) Doença hepática crônica
( ) DPOC
( ) Doença renal crônica
( ) Neoplasia
( ) Morador de rua/andarilho
( ) Doença neurológica crônica
( ) Hipertensão arterial sistêmica
( ) Diabetes mellitus
( ) Paciente institucionalizado
( ) Puérpera (até 42 dias pós-parto) ( ) Tipo de parto_____ Data: ___/____/_____
( ) Gestação de alto risco(motivo): _____
( ) Obesidade (IMC) _____ ( ) Outros: _____

PROCEDIMENTOS INVASIVOS

( ) Traqueostomia
( ) Pressão intra-arterial(PIA)
( ) Dreno de tórax
( ) Sondagem vesical
( ) Punção venosa central
( ) Sondagem nasogástrica

COMPLICAÇÕES NA INTERNAÇÃO

( ) Alterações renais
( ) Distúrbios de coagulação
( ) Úlceras de decúbito
( ) Alterações neurológicas
( ) Choque séptico
( ) Hiperglicemia
( ) Parada Cardiorrespiratória anterior com reanimação
( ) Outros (quais)? _____

Uso de Antiviral:
Nome do medicamento:_____ Data de início: ____/____/_____
Uso de Antibiótico:
Nome do medicamento:_____ Data de início: ____/____/_____
Uso de outros fármacos: **Cloroquina** Data de início: ____/____/_____
Uso de suporte ventilatório:
( ) Cateter nasal
( ) Máscara facial
( ) ventilação não invasiva
( ) Ventilação mecânica

INFORMAÇÕES EPIDEMIOLÓGICAS

Recebeu vacina de influenza em 2020? ( ) Sim ( ) Não **Se sim, qual data**? ___/____/_____
Viagem nos últimos 15/30 dias? ( ) Sim ( ) Não
Se sim, para qual Cidade?_____ País: _____
Contato próximo com caso suspeito de COVID-19
Nome:_____**Vínculo/Parentesco**:_____
Tipo de contato: _____ **Tempo de contato**:_____
Município de Residência:_____
Contato com caso confirmado de COVID-19
Nome:_____ **Vínculo/Parentesco**:_____
Tipo de contato: _____ **Tempo de contato**:_____
Município de Residência:_____

INFORMAÇÕES LABORATORIAIS

Coleta de SWAB nasofaríngeo para RT-PCR: Data da coleta : ___/___/_____
Laboratório: _____ **Resultado**: ( ) Detectável ( ) Não detectável
Coleta de teste rápido
Data da coleta: ___/___/_____ Laboratório: _____
Resultado: ( )**Detectável ( ) Não detectável**
IGG: ( ) Reagente ( ) Não reagente **IGM** ( ) Reagente ( ) Não reagente
Realizado cultura com outras amostras?
Data da coleta: ___/___/_____
Laboratório: _____ **Resultado**: ( ) Detectável ( ) Não detectável

EXAME DE IMAGEM

Tomografia Computadorizada de tórax: Data: ____/____/_____ Laudo: _____
Tomografia Computadorizada outro sítio: Data: ____/____/_____ Laudo:_____
Raio-X Tórax: Data: ____/____/_____ Laudo: _____
Outros: Data: ____/____/_____ **Laudo:** _____

CONCLUSÃO

Classificação do caso em investigação para COVID-19: ( ) provável ( ) confirmado ( ) descartado

Se descartado para COVID-19, qual diagnóstico final do caso?
_____

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

_____
_____
_____
_____

D. O. APÓS INVESTIGAÇÃO

Causas da morte - Parte I

A- _____
B- _____
C- _____
D- _____

Causas da morte - Parte II

_____

DADOS DO NOTIFICADOR

Nome: _____**Profissão:** _____

Contato:_____