

IDENTIFICAÇÃO

| | | | |
|--|--|---|-----------------------------------|
| MUNICÍPIO: | | COD IBGE: | Data da visita: ____/____/____ |
| UBS/USF: | | CNES: | INE: |
| EQUIPE: | | NOME DO ACS: | |
| TOTAL DE DOMICÍLIOS CADASTRADOS PELO ACS: (preencher de acordo com dados do e-SUS) | | TOTAL DE PESSOAS CADASTRADAS PELO ACS: (preencher de acordo com dados do e-SUS) | |

1. DADOS DO DOMICÍLIO VISITADO

| | | |
|--|---------------------------|---------------------------|
| É a primeira visita ao domicílio esse mês? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | | |
| Endereço: | | Bairro/ vila/ comunidade: |
| 1.1. Número de moradores no domicílio: | 1.2. Com menos de 5 anos: | 1.3. Com mais de 65 anos: |

2. DADOS SOBRE OCORRÊNCIA DE SÍNDROME GRIPAL, COVID-19 ou SRAG NO DOMICÍLIO

| | |
|---|---|
| Nos últimos 14 dias, algum morador deste domicílio apresentou algum sintoma de Síndrome Gripal, COVID-19 ou SRAG? | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não *Se Sim, significa que os outros moradores ainda podem desenvolver a doença. |
| No momento, algum morador deste domicílio apresenta algum sintoma de Síndrome Gripal, COVID-19 ou SRAG? | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não *Se Sim, preencher um quadro 3 para cada pessoa com sintoma no momento. |

3. DADOS DE INVESTIGAÇÃO DE CASOS NOVOS (PESSOAS SINTOMÁTICAS)

| 3.1. IDENTIFICAÇÃO | 3.2. SITUAÇÃO DE SAÚDE REFERIDA NO MOMENTO | | | 3.3. MORBIDADE e/ou CONDIÇÃO DE RISCO NO MOMENTO | |
|-----------------------|--|---|---|---|-----------------|
| NOME: | SINTOMAS | SIM=1NÃO=0 | | Marque com um X se Sim | |
| | Data do início dos sintomas: | SG ou COVID-19 | SRAG (Síndrome Respiratória Aguda Grave) | HAS | |
| | Febre? (mesmo que referida) | | | Diabetes | |
| SEXO: | Calafrios? | | | Doença cardíaca | |
| IDADE: | Dor de cabeça? | | | Câncer | |
| OCUPAÇÃO: | Coriza? | | | Doença Respiratória Crônica (Exemplo: Asma, DPOC, dentre outros) | |
| | Tosse? | | | Doença renal crônica | |
| | Dor de garganta? | | | Imunossupressão | |
| RAÇA/COR: | Perda de olfato ou paladar? | | | Obesidade | |
| TELEFONE: | Dificuldade de Respirar OU falta de ar? | | | Tabagismo | |
| | Pressão persistente no tórax? | | | Gestante | |
| Nº Cartão SUS ou CPF: | TOTAL | Total SG ou COVID-19: | | Total SRAG: | Idade > 60 anos |
| | Padrão de cálculo | SG se ≥ 2; COVID-19 se ≥ 2 com perda de paladar ou olfato | SRAG se ≥ 1 | | |

| | | |
|---|--|---|
| 3.4. REALIZAR MENSURAÇÃO SE EQUIPAMENTO DISPONÍVEL E PROFISSIONAL CAPACITADO (Não Obrigatório) | Se oxímetro, a saturação de oxigênio é < 95%? (sinal de alerta) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | Se termômetro, a temperatura é >37,8 °C? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| 3.5. CONTACTANTES INTERNOS (moram junto com a pessoa sintomática) | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | Se SIM, quantos? _____ |
| 3.6. CONTACTANTES EXTERNOS (ver critérios no item 3.6 do instrutivo). | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | Se SIM, quantos? _____ |
| 3.7. OBSERVAÇÕES: | | |

3. DADOS DE INVESTIGAÇÃO DE CASOS NOVOS (PESSOAS SINTOMÁTICAS)

| 3.1. IDENTIFICAÇÃO | 3.2. SITUAÇÃO DE SAÚDE REFERIDA NO MOMENTO | | 3.3. MORBIDADE e/ou CONDIÇÃO DE RISCO NO MOMENTO | | |
|-----------------------|--|--|--|--|-----|
| NOME: | SINTOMAS | SIM=1 NÃO=0 | | Marque com um X se Sim | |
| | SEXO: | Data do início dos sintomas: | SG ou COVID-19 | SRAG (Síndrome Respiratória Aguda Grave) | HAS |
| IDADE: | Febre? (mesmo que referida) | | | Diabetes | |
| OCUPAÇÃO: | Calafrios? | | | Doença cardíaca | |
| | Dor de cabeça? | | | Câncer | |
| | Coriza? | | | Doença Respiratória Crônica (Exemplo: Asma, DPOC, dentre outros) | |
| | Tosse? | | | Doença renal crônica | |
| | Dor de garganta? | | | Imunossupressão | |
| RAÇA/COR: | Perda de olfato ou paladar? | | | Obesidade | |
| | | | | Tabagismo | |
| TELEFONE: | Dificuldade de Respirar OU falta de ar? | | | Gestante | |
| | Pressão persistente no tórax? | | | Idade > 60 anos | |
| Nº Cartão SUS ou CPF: | TOTAL | Total SG ou COVID-19: | Total SRAG: | | |
| | Padrão de cálculo | SG se ≥ 2; COVID-19 se ≥ 2 com perda de paladar ou olfato | SRAG se ≥ 1 | | |

| | | |
|---|--|---|
| 3.4. REALIZAR MENSURAÇÃO SE EQUIPAMENTO DISPONÍVEL E PROFISSIONAL CAPACITADO (Não Obrigatório) | Se oxímetro, a saturação de oxigênio é < 95%? (sinal de alerta) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | Se termômetro, a temperatura é >37,8 °C? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
|---|--|---|

| | | |
|--|---|------------------------|
| 3.5. CONTACTANTES INTERNOS (moram junto com a pessoa sintomática) | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | Se SIM, quantos? _____ |
|--|---|------------------------|

| | | |
|--|---|------------------------|
| 3.6. CONTACTANTES EXTERNOS (ver critérios no item 3.6 do instrutivo). | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | Se SIM, quantos? _____ |
|--|---|------------------------|

| | | |
|--------------------------|--|--|
| 3.7. OBSERVAÇÕES: | | |
|--------------------------|--|--|

Instrução de Preenchimento da Ficha B – SG

IDENTIFICAÇÃO

Deve ser preenchido com o nome do **MUNICÍPIO** por extenso, o **CÓDIGO do IBGE** (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) com seis dígitos, a **Data da visita** em que a Ficha B – SG foi preenchida, o nome da **UBS/USF** (Unidade Básica de Saúde / Unidade de Saúde da Família), conforme consta no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES), o número de **CNES** da UBS/USF, o número do **INE** (Identificador Nacional de Equipes) disponível no CNES, o nome da **EQUIPE** por extenso, o **NOME DO ACS** com sobrenome por extenso, o **TOTAL DE DOMICÍLIOS CADASTRADOS PELO ACS** (relatório de cadastro domiciliar e territorial, extraído do e-SUS) e o **TOTAL DE PESSOAS CADASTRADAS PELO ACS** (relatório de cadastro individual, extraído do e-SUS), em números.

1. DADOS DO DOMICÍLIO VISITADO

No campo “É a primeira visita ao domicílio esse mês?”, responder SIM, caso seja a primeira visita realizada neste domicílio neste mês; responder NÃO, caso se trate de uma visita subsequente neste mesmo mês.

Deve ser preenchido com o **ENDEREÇO** do domicílio por extenso, com o nome da Rua, Avenida, Travessa, Beco e outros, referindo inclusive o **BAIRRO/ VILA/ COMUNIDADE**.

Número de moradores no domicílio: Colocar o número total de pessoas que residem no domicílio.

Com menos de 5 anos: colocar o número total de crianças com idade até 4 anos, 11 meses e 29 dias.

1.3. Com mais de 65 anos: colocar o número total de pessoas com 65 anos ou mais.

2. DADOS SOBRE OCORRÊNCIA DE SÍNDROME GRIPAL OU COVID-19 NO DOMICÍLIO

Nos últimos 14 dias, algum morador deste domicílio apresentou algum sintoma de Síndrome Gripal, COVID-19 ou SRAG?

Responder **Sim** se algum morador apresentou (NOS ÚLTIMOS 14 DIAS) algum dos sintomas entre: Febre, Calafrio, Dor de Cabeça, Tosse, Coriza, Dor de garganta, Perda do paladar ou do olfato, Dificuldade de Respirar ou Falta de ar e Pressão persistente no tórax.

*Se **Sim**, significa que os outros moradores ainda podem desenvolver a doença.

2.2. No momento da visita, algum morador deste domicílio apresenta algum sintoma de Síndrome Gripal, COVID-19 ou SRAG?

Responder **Sim** se algum morador apresenta, **durante esta visita**, algum dos sintomas entre: Febre, Calafrio, Dor de Cabeça, Tosse, Coriza, Dor de garganta, Perda do paladar ou do olfato; ou pelo menos um dos seguintes sintomas: Dificuldade de Respirar, Falta de ar, Pressão persistente no tórax. Se **Sim**, preencher um quadro 3 para cada pessoa com sintoma no momento.

3. DADOS DE INVESTIGAÇÃO DE PESSOAS SINTOMÁTICAS (SÓ CASOS NOVOS) – este bloco só deve ser preenchido quando o usuário relatar a presença de sintomatologia de síndrome gripal no momento daquela visita, caso a resposta ao item 2.2 seja SIM.

IDENTIFICAÇÃO: informar NOME por extenso, SEXO, IDADE, OCUPAÇÃO, RAÇA/COR e TELEFONE referido pelo membro da família que está apresentando sintoma, Nº DO CARTÃO SUS OU CPF.

SITUAÇÃO DE SAÚDE REFERIDA NO MOMENTO, marcar **1** ao lado de cada sintoma listado que o usuário está referindo no momento; ou marcar **0** (zero) ao lado de cada sintoma que o usuário não está referindo sentir no momento da visita.

Deve ser realizado o somatório do total dos pontos obtidos na coluna SG ou COVID-19, bem como na coluna SRAG (Síndrome Respiratória Aguda Grave).

Na coluna SG ou COVID-19, deve ser considerado COVID-19 se houver perda de olfato ou paladar e um somatório igual ou superior a 2. Se o somatório for igual ou superior a 2 sem perda de olfato ou de paladar, deve ser considerado Síndrome Gripal. Se apenas um sintoma isolado estiver presente, não será computado como caso suspeito nesta Ficha.

Na coluna SRAG, deve ser considerado Síndrome Respiratória Aguda Grave quando a soma dos pontos da respectiva coluna for igual ou superior a 1.

MORBIDADE e/ou CONDIÇÃO DE RISCO NO MOMENTO, marcar **X** para os casos em que ao usuário referir a presença de uma ou mais das doenças e/ou condição de risco naquele momento.

(se for um caso de SG ou COVID-19 e apresentar uma condição de risco, recomenda-se a internação precoce de acordo com a nota técnica n° 71)

REALIZAR MENSURAÇÃO SE EQUIPAMENTO DISPONÍVEL E PROFISSIONAL CAPACITADO: Esta questão **NÃO É OBRIGATÓRIA**.

O profissional deve marcar SIM se a temperatura for superior a 37,8 °C.

Deve ser marcado SIM se o oxímetro marcar saturação de oxigênio inferior a 95%.

CONTACTANTES INTERNOS. Marcar **SIM** se o usuário mora com outras pessoas no domicílio. Informar a **quantidade de pessoas** com as quais reside.

DEFINIÇÃO DE CONTACTANTE INTERNO: Pessoa que reside com um caso de SG ou de COVID-19 ou de SRAG.

CONTACTANTES EXTERNOS*. Marcar **SIM** se o usuário teve contato com pessoas fora do domicílio (contando a partir dos dois dias antes do primeiro sintoma até o dia da visita). Informar a **quantidade de pessoas** com as quais teve contato.

*DEFINIÇÃO DE CONTACTANTE EXTERNO: Pessoa que falou por mais de 15 minutos sem uso de máscara com um caso de COVID-19; **OU** pessoa que teve um contato físico próximo (beijo, abraço, compartilhamento de alimento ou de objetos pessoais) com um caso de COVID-19.

OBSERVAÇÕES: colocar observações específicas, como necessidade de acompanhamento de um profissional da equipe, consulta e outros.