



ATUALIZAÇÃO TÉCNICA AO PROTOCOLO DE INFECÇÃO HUMANA PELO SARS-COV-2 N° 05/2020 – 19/05/2020

DEFINIÇÕES DE CASOS OPERACIONAIS E FLUXOS DE TESTAGEM LABORATORIAL E NOTIFICAÇÃO DOS CASOS

- **Altera o CID-10 para notificação de surtos de Síndrome Gripal – Item 1-D, Item 2;**
- **Altera as orientações sobre registros de testes realizados por laboratórios privados, farmácias/drogarias e serviços de saúde - Item 1-B, Item 2 – Quadro;**
- **Acrescenta população indígena aldeada para coleta de amostra laboratorial (RT-PCR)- Item 3- Quadro.**

Observação inicial: A pandemia por COVID-19 é uma situação emergente e em rápida evolução, o Centro de Operações de Emergência em Saúde e o Centro Mineiro de Controle de Doenças e Pesquisa de Vigilância em Saúde (CMC) continuará fornecendo informações atualizadas à medida que estiverem disponíveis. As orientações podem mudar de acordo com novas condutas recomendadas pelo Ministério da Saúde, Órgãos Internacionais e avanços científicos.

1. DEFINIÇÕES DE CASOS OPERACIONAIS E CRITÉRIOS DE ENCERRAMENTO

A) CASO SUSPEITO DE DOENÇA PELO NOVO CORONAVÍRUS 2019 (COVID-19)

Definição 1 – Síndrome Gripal (SG): indivíduo com quadro respiratório agudo, caracterizado por sensação febril ou febre¹, mesmo que relatada, acompanhada de tosse **OU** dor de garganta **OU** coriza **OU** dificuldade respiratória.

- **Em Crianças (com idade menor de 2 anos):** 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.

¹ FEBRE: Considera-se febre temperatura acima de 37,8°. Alerta-se que a febre pode não estar presente em alguns casos, por exemplo: em pacientes jovens, idosos, imunossuprimidos ou que em algumas situações possam ter utilizado medicamento antitérmico. Nessas situações, a avaliação clínica deve ser levada em consideração e a decisão deve ser registrada na ficha de notificação. Considerar a febre relatada pelo paciente, mesmo não mensurada.

Definição 2 – Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG): indivíduo com síndrome gripal que apresente: dispnéia/desconforto respiratório **OU** Pressão persistente no tórax **OU** saturação de O₂<95% em ar ambiente **OU** coloração azulada dos lábios ou rosto (cianose).

- **Em Crianças:** além dos itens anteriores, observar os batimentos de asa de nariz, cianose, tiragem intercostal, desidratação e inapetência.



- **Caso SRAG-Hospitalizado:** Indivíduo hospitalizado com Síndrome Gripal que apresente dispneia/desconforto respiratório **OU** pressão persistente no tórax **OU** saturação de O₂ < 95% em ar ambiente **OU** coloração azulada dos lábios ou rosto **OU** que evoluiu para óbito por SRAG independente de internação.

B) CASO CONFIRMADO DE DOENÇA PELO CORONAVÍRUS 2019 (COVID-19)

Por Critério Laboratorial – Caso suspeito de SG ou SRAG com teste de:

- **Biologia molecular (RT-PCR em tempo real, detecção do vírus SARS-CoV2):** com resultado detectável para SARS-CoV2. Amostra clínica coletada, preferencialmente até o sétimo dia de início de sintomas.

ATENÇÃO

Conforme Nota Técnica COES MINAS COVID-19 Nº 38/2020 – 19/05/2020, os laudos emitidos por todos os laboratórios privados poderão ser utilizados para efetuar o fechamento da investigação epidemiológica de COVID-19, sem a realização de análises adicionais/confirmação pelo Laboratório Central de Saúde Pública de Minas Gerais (LACEN-MG/FUNED).

- **Imunológico (teste rápido ou sorologia clássica para detecção de anticorpos para o SARS-CoV2):** com resultado positivo para anticorpos IgM e/ou IgG. Em amostra coletada após o sétimo dia de início dos sintomas.

ATENÇÃO

Serão aceitos resultados de testes que possuam registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Os resultados positivos serão aceitos para fins epidemiológicos. Entretanto, os resultados negativos, não deverão ser utilizados para descartar os casos suspeitos

Por critério clínico-epidemiológico – Caso suspeito de SG ou SRAG com: Histórico de contato próximo ou domiciliar², nos últimos 7 dias antes do aparecimento dos sintomas, com caso confirmado laboratorialmente para COVID-19 **E** para o qual não foi possível realizar a investigação laboratorial específica.

²CONTATO PRÓXIMO DE CASOS SUSPEITOS OU CONFIRMADOS DE COVID-19: São considerados contatos próximos:

- Uma pessoa que teve contato físico direto (por exemplo, apertando as mãos);
- Uma pessoa que tenha contato direto desprotegido com secreções infecciosas (por exemplo, gotículas de tosse, contato sem proteção com tecido ou lenços de papel usados e que contenham secreções);
- Uma pessoa que teve contato frente a frente por 15 minutos ou mais e a uma distância inferior a 2 metros;
- Uma pessoa que esteve em um ambiente fechado (por exemplo, sala de aula, sala de reunião, sala de espera do hospital etc.) por 15 minutos ou mais e a uma distância inferior a 2 metros;
- Um profissional de saúde ou outra pessoa que cuide diretamente de um caso de COVID-19 ou trabalhadores de laboratório que manipulam amostras de um caso de COVID-19 sem Equipamento de Proteção Individual (EPI) recomendado, ou com uma possível violação do EPI;



- Um passageiro de uma aeronave sentado no raio de dois assentos de distância (em qualquer direção) de um caso confirmado de COVID-19; seus acompanhantes ou cuidadores e os tripulantes que trabalharam na seção da aeronave em que o caso estava sentado.

C) CASO DESCARTADO DE DOENÇA PELO CORONAVÍRUS 2019 (COVID-19)

Caso suspeito de SG ou SRAG com resultado laboratorial negativo para CORONAVÍRUS (SARS-CoV-2 não detectável pelo método de RT-PCR em tempo real), considerando a oportunidade da coleta **OU** confirmação laboratorial para outro agente etiológico.

ATENÇÃO

Os resultados de testes rápidos/sorológicos negativos, não deverão ser utilizados para descartar os casos suspeitos.

D) CASOS NÃO CLASSIFICADOS

- **Casos de SG com resultado negativo para COVID-19 pelo método Imunológico:** (teste rápido ou sorologia clássica para detecção de anticorpos para o SARS-CoV2): o resultado não reagente deve ser inserido no E-SUS VE, mas **NÃO** devem ser descartados por causa da baixa especificidade desses testes. Serão registrados e divulgados não mais como suspeitos, mas como **SÍNDROME GRIPAL INESPECÍFICA (J11 do CID-10)**, sempre que disponíveis nos sistemas de registros.

No E-SUS VE, até que o Ministério da Saúde defina a classificação, estes casos permanecerão sem encerramento.

- **Casos de SG sem investigação laboratorial específica para COVID-19:** devem ser registrados sempre que disponíveis nos sistemas de registros e divulgados em todos os meios de comunicações e mídias como **SÍNDROME GRIPAL INESPECÍFICA (J11 do CID-10)**.

No E-SUS VE, até que o Ministério da Saúde defina a classificação, estes casos permanecerão sem encerramento.

2. NOTIFICAÇÃO DOS CASOS

NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA IMEDIATA: A doença causada pelo Coronavírus (COVID-19) constitui uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) assim, todo caso é de notificação compulsória **IMEDIATA**, ou seja, deve ser comunicada por profissional de saúde em até 24 horas a partir da ocorrência de casos suspeitos, conforme determina a Resolução SES/MG n. 6.532/2018.

Sendo assim, teremos situações a serem notificadas que os doentes manifestam quadro de Síndrome Gripal (SG) e outras situações que se enquadram em Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG).

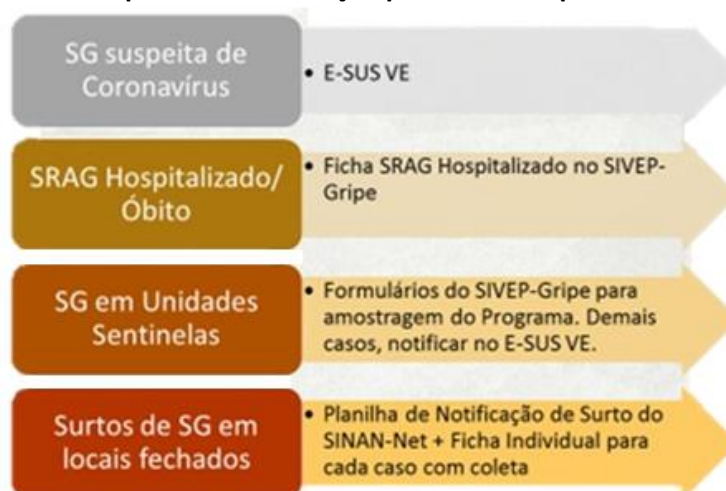
De acordo com a classificação de manejo clínico dos casos de Coronavírus no Protocolo Estadual (disponível em www.saude.mg.gov.br/coronavirus), os casos LEVES serão classificados como



Síndrome Gripal e os casos GRAVES e INTERNADOS serão classificados como Síndrome Respiratória Aguda Grave.

- **Casos leves de Síndrome Gripal:** Deverão ser notificados no E-SUS VE: <https://notifica.saude.gov.br/login> utilizando dados do instrumento *on-line*.
 - **Suporte ao notificador E-SUS VE:** <https://datasus.saude.gov.br/notifica/>
- **Casos graves e óbitos de Síndrome Respiratória Aguda Grave:** Deverão ser notificados no SIVEP-Gripe utilizando a Ficha de SRAG Hospitalizado (modelo de março de 2020 – em anexo). Para envio de amostras clínicas ao LACEN, deverá ser enviada junto com a amostra a mesma ficha.
- **Unidades sentinelas:** As unidades sentinelas já existentes e as novas que serão implementadas, deverão seguir a rotina do SIVEP-Gripe, alimentando o sistema em relação a: Casos individuais; Atendimento de Síndrome Gripal; Internações; Coleta de amostras. Os casos de Síndrome Gripal detectados nestes serviços também deverão ser notificados no E-SUS VE.
- **Surtos de Síndrome Gripal (SG) em comunidades/instituições fechadas** – MÓDULO SURTO do SINANNET com o CID J07 - (Síndrome Respiratória Aguda). Planilha de Notificação de Surto do SINAN-Net + Ficha Individual para cada caso com coleta.

FIGURA 1 - Esquema de notificação para casos suspeitos de COVID-19



Em relação ao registro dos testes realizados, fica definido o seguinte fluxo de informações (conforme Nota Técnica COES MINAS COVID-19 Nº 38/2020 – 19/05/2020):

FLUXO DE INFORMAÇÕES DOS RESULTADOS DE TESTAGEM PARA COVID-19

- **LABORATÓRIOS PRIVADOS:**
 - ✓ Enviar informações dos resultados diariamente através de planilha específica para laboratorios.sesmg@saude.mg.gov.br; notifica.se@saude.mg.gov.br; coes.corona@saude.mg.gov.br
 - ✓ Se paciente com quadro de Síndrome Gripal, deverá ser notificado no E-SUS VE e encaminhado para serviço de referência, conforme fluxo acordado com Vigilância Epidemiológica Municipal.



• **FARMÁCIAS/DROGRARIAS:**

- ✓ Todos os resultados, sejam positivos ou negativos, deverão ser informados através do link: <https://www.saude.mg.gov.br/coronavirus/notificaexames>
- ✓ No caso de identificação de casos de alto risco (sintomas de Síndrome Gripal), o paciente deve ser orientado a buscar o serviço de saúde de referência do município para notificação e verificação de conduta assistencial.

• **SERVIÇOS DE SAÚDE:**

- ✓ Notificar a realização dos testes através do Sistema E-SUS VE, sendo positivos ou negativos. Link: <https://notifica.saude.gov.br/>
- No caso de pacientes assintomáticos, no campo “Sintomas”, marcar “Outros” e no campo aberto descrever “assintomático”. Emitir o laudo por meio da plataforma FormSUS (http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id_aplicacao=5551)

3. COLETA DE AMOSTRAS PARA EXAMES LABORATORIAS

A equipe de saúde determinará se o paciente atende aos critérios de teste para COVID-19 com base nas Situações com indicação para coleta de amostra e testagem para COVID-19 no momento atual.

A) CRITÉRIOS DE COLETA DE EXAMES LABORATORIAIS:

SITUAÇÕES COM INDICAÇÃO PARA COLETA DE AMOSTRA (RT-PCR) E TESTAGEM PARA COVID-19 NO MOMENTO ATUAL:

- A) Amostras provenientes de unidades sentinelas de Síndrome Gripal (SG) e Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG);
- B) TODOS os casos de SRAG hospitalizados;
- C) TODOS os óbitos suspeitos;
- D) Profissionais de saúde sintomáticos (neste caso, se disponível, priorizar Teste Rápido e profissionais da assistência direta);
- E) Profissionais de segurança pública sintomáticos (neste caso, se disponível, priorizar Teste Rápido);
- F) Por amostragem representativa (mínimo de 10% dos casos ou 3 coletas), nos surtos de SG em locais fechados (ex: asilos, hospitais, etc);
- G) Público privado de liberdade e adolescentes em cumprimento de medida restritiva ou privativa de liberdade, ambos sintomáticos.
- H) População indígena aldeada.

OBSERVAÇÃO: Devem ser seguidas **TODAS** as orientações para coleta de amostras para diagnóstico de Vírus Respiratórios conforme documentos e Notas Técnicas disponíveis em:

www.funed.mg.gov.br
www.saude.mg.gov.br/coronavirus



As orientações atualizadas neste documento devem ser seguidas a fim de contribuir no enfrentamento da COVID-19 e acolher as demandas de saúde pública mediante ao atual cenário emergencial.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância Epidemiológica**. Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional pela Doença pelo Coronavírus 2019. Brasília, 03 de abril de 2020.


BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. **Nota Técnica N. 11/2020-DESF/SAPS/MS**. 2020.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. **NOTA TÉCNICA CONJUNTA 01 / 2020: UTILIZAÇÃO E DISTRIBUIÇÃO DE TESTES RÁPIDOS PARA COVID-19**. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **NOTA INFORMATIVA Nº 2/2020-SAPS/MS Assunto: Oferta de testes rápidos para COVID-19**. 2020.



ANEXO I: FICHA DE REGISTRO INDIVIDUAL – CASOS DE SRAG HOSPITALIZADO

 MINISTÉRIO DA SAÚDE SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE		Nº _____ SIVEP Gripe SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DA GRIPE 12/03/2020	
FICHA DE REGISTRO INDIVIDUAL - CASOS DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE HOSPITALIZADO			
CASO DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE (SRAG-HOSPITALIZADO):			
Indivíduo hospitalizado com febre, mesmo que referida, acompanhada de tosse ou dor de garganta e que apresente dispneia ou saturação de O ₂ < 95% ou desconforto respiratório ou que evoluiu para óbito por SRAG independente de internação.			
1	Data do preenchimento da ficha de notificação: _____	2	Data de 1 ^ª s sintomas da SRAG: _____
3	UF: _____	4	Município: _____
		Código (IBGE): _____	
5	Unidade de Saúde: _____	Código (CNES): _____	
6 CPF do cidadão: _____			
7 Nome: _____			
8 Sexo: _____		1- Masc. 2- Fem. 9- Ign	
9 Data de nascimento: _____		10 (ou) Idade: _____	
		1-Dia 2-Mês 3-Ano _____	
11 Gestante: _____		1-1 ^º Trimestre 2-2 ^º Trimestre 3-3 ^º Trimestre	
		4-Idade Gestacional Ignorada 5-Não	
12 Raça/Cor: _____		6-Não se aplica 9-Ignorado	
13 Se indígena, qual etnia? _____			
14 Escolaridade: _____			
0-Sem escolaridade/Analfabeto 1-Fundamental 1 ^º ciclo (1 ^ª a 5 ^ª série) 2-Fundamental 2 ^º ciclo (6 ^ª a 9 ^ª série)			
3-Médio (1 ^º ao 3 ^º ano) 4-Superior 5-Não se aplica 9-Ignorado			
15 Nome da mãe: _____			
16 CEP: _____			
17 UF: _____		18 Município: _____	
		Código (IBGE): _____	
19 Bairro: _____		20 Logradouro (Rua, Avenida, etc.): _____	
		21 Nº: _____	
22 Complemento (apto, casa, etc...): _____		23 (DDD) Telefone: _____	
24 Zona: _____		25 País: (se residente fora do Brasil) _____	
26 Paciente tem histórico de viagem internacional até 14 dias antes do início dos sintomas? _____		1-Sim 2-Não 9-Ign	
27 Se sim: Qual país? _____		28 Em qual local? _____	
29 Data da viagem: _____		30 Data do retorno: _____	
31 É caso proveniente de surto de SG que evoluiu para SRAG? _____		1-Sim 2-Não 9-Ignorado	
32 Trata-se de caso nosocomial (infecção adquirida no hospital)? _____		1-Sim 2-Não 9-Ignorado	
33 Paciente trabalha ou tem contato direto com aves ou suínos? _____		1-Sim 2-Não 9-Ignorado	
34 Sinais e Sintomas: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado			
<input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Dor de Garganta <input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Desconforto Respiratório <input type="checkbox"/> Saturação O ₂ <95% <input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Vômito <input type="checkbox"/> Outros _____			
35 Possui fatores de risco/comorbidades? _____			
Se sim, qual(is)? (Marcar X)			
<input type="checkbox"/> Puérpera (até 45 dias do parto)		<input type="checkbox"/> Doença Cardiovascular Crônica	
<input type="checkbox"/> Síndrome de Down		<input type="checkbox"/> Doença Hepática Crônica	
<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus		<input type="checkbox"/> Doença Neurológica Crônica	
<input type="checkbox"/> Imunodeficiência/Imunodepressão		<input type="checkbox"/> Doença Renal Crônica	
<input type="checkbox"/> Outros _____		<input type="checkbox"/> Doença Hematológica Crônica	
		<input type="checkbox"/> Asma	
		<input type="checkbox"/> Outra Pneumopatia Crônica	
		<input type="checkbox"/> Obesidade, IMC _____	
36 Recebeu vacina contra Gripe na última campanha? _____		37 Data da vacinação: _____	
		1-Sim 2-Não 9-Ignorado	
Se < 6 meses: a mãe recebeu a vacina? _____		Se sim, data: _____	
		1-Sim 2-Não 9-Ignorado	
a mãe amamenta a criança? _____		1-Sim 2-Não 9-Ignorado	
Se >= 6 meses e <= 8 anos:			
Data da dose única 1/1: _____ (dose única para crianças vacinadas em campanhas de anos anteriores)			
Data da 1 ^ª dose: _____ (1 ^ª dose para crianças vacinadas pela primeira vez)			
Data da 2 ^ª dose: _____ (2 ^ª dose para crianças vacinadas pela primeira vez)			



Dados de Atendimento	38	Usou antiviral para gripe? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	39	Qual antiviral? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-Oseltamivir 2-Zanamivir 3-Outro, especifique: _____	40	Data início do tratamento ____ ____ ____
	41	Houve internação? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	42	Data da internação por SRAG: ____ ____ ____	43	UF de internação: __ __
	44	Município de internação: _____			Código (IBGE): __ __ __ __ __ __	
	45	Unidade de Saúde de internação: _____			Código (CNES): __ __ __ __ __ __	
	46	Internado em UTI? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	47	Data da entrada na UTI: ____ ____ ____	48	Data da saída da UTI: ____ ____ ____
	49	Uso de suporte ventilatório: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-Sim, invasivo 2-Sim, não invasivo 3-Não 9-Ignorado	50	Raio X de Tórax: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-Normal 2-Infiltrado intersticial 3-Consolidação 4-Misto 5-Outro: _____ 6-Não realizado 9-Ignorado	51	Data do Raio X: ____ ____ ____
52	Coletou amostra? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	53	Data da coleta: ____ ____ ____	54	Tipo de amostra: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-Secreção de Naso-orofaringe 2-Lavado Broco-alveolar 3-Tecido post-mortem 4-Outra, qual? _____ 9-Ignorado	
Dados Laboratoriais	55	Nº Requisição do GAL: _____				
	56	Resultado da IF/outro método que não seja Biologia Molecular: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-Positivo 2-Negativo 3-Inconclusivo 4-Não realizado 5-Aguardando resultado 9-Ignorado	57	Data do resultado da IF/outro método que não seja Biologia Molecular: ____ ____ ____		
	58	Agente Etiológico – IF/outro método que não seja Biologia Molecular: Positivo para Influenza? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se sim, qual influenza? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1- Influenza A 2- Influenza B Positivo para outros vírus? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se outros vírus respiratórios qual(is)? (marcar X) <input type="checkbox"/> Vírus Sincial Respiratório <input type="checkbox"/> Parainfluenza 1 <input type="checkbox"/> Parainfluenza 2 <input type="checkbox"/> Parainfluenza 3 <input type="checkbox"/> Adenovírus <input type="checkbox"/> Outro vírus respiratório, especifique: _____				
	59	Laboratório que realizou IF/outro método que não seja Biologia Molecular: _____			Código (CNES): __ __ __ __ __ __	
	60	Resultado da RT-PCR/outro método por Biologia Molecular: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-Detectável 2-Não Detectável 3-Inconclusivo 4-Não realizado 5-Aguardando resultado 9-Ignorado	61	Data do resultado RT-PCR/outro método por Biologia Molecular: ____ ____ ____		
	62	Agente Etiológico – RT-PCR/outro método por Biologia Molecular: Positivo para Influenza? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se sim, qual influenza? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1- Influenza A 2- Influenza B Influenza A, qual subtipo? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-Influenza A(H1N1)pdm09 2-Influenza A/H3N2 3-Influenza A não subtipado 4-Influenza A não subtipável 5-Inconclusivo 6-Outro, especifique: _____ Influenza B, qual linhagem? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-Victoria 2-Yamagata 3-Não realizado 4-Inconclusivo 5-Outro, especifique: _____ Positivo para outros vírus? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se outros vírus respiratórios, qual(is)? (marcar X) <input type="checkbox"/> SARS-CoV-2 <input type="checkbox"/> Vírus Sincial Respiratório <input type="checkbox"/> Parainfluenza 1 <input type="checkbox"/> Parainfluenza 2 <input type="checkbox"/> Parainfluenza 3 <input type="checkbox"/> Parainfluenza 4 <input type="checkbox"/> Adenovírus <input type="checkbox"/> Metapneumovírus <input type="checkbox"/> Bocavírus <input type="checkbox"/> Rinovírus <input type="checkbox"/> Outro vírus respiratório, especifique: _____				
63	Laboratório que realizou RT-PCR/outro método por Biologia Molecular: _____			Código (CNES): __ __ __ __ __ __		
Conclusão	64	Classificação final do caso: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-SRAG por Influenza 2-SRAG por outro vírus respiratório 3-SRAG por outro agente etiológico, qual _____ 4-SRAG não especificado		65	Critério de Encerramento: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-Laboratorial 2-Vínculo-Epidemiológico 3-Clinico	
	66	Evolução do Caso: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-Cura 2-Óbito 9-Ignorado	67	Data da alta ou óbito: ____ ____ ____	68	Data do Encerramento: ____ ____ ____
69 OBSERVAÇÕES: _____ _____						
70 Profissional de Saúde Responsável: _____				71 Registro Conselho/Matrícula: __ __ __ __ __ __		