



PREFEITURA MUNICIPAL DE PIRASSUNUNGA

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE  
VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Ficha de Notificação de suspeita de COVID-19 com indicação de coleta de exame

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**IDENTIFICAÇÃO**

Nome Completo: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: ( )M ( )F Raça: \_\_\_\_\_

Nome da Mãe: \_\_\_\_\_

Logradouro: \_\_\_\_\_

Número: \_\_\_\_\_ Complemento: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

Telefone Celular: ( ) \_\_\_\_\_ Telefone de Contato: ( ) \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ CNS: \_\_\_\_\_

**NOTIFICAÇÃO**

Data do início dos sintomas: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Presença de pelo menos dois, dos sinais/sintomas abaixo:**

Sintomas: ( )Dor de Garganta ( )Febre ( )Tosse ( )Coriza ( )Anosmia

**Paciente portador de comorbidade?**

- ( )Doenças respiratórias crônicas descompensadas
- ( )Doenças cardíacas crônicas
- ( )Diabetes
- ( )Doenças renais crônicas em estágio avançado (graus 3, 4 ou 5)
- ( )Imunossupressão
- ( )Gestante de alto risco
- ( )Portador de doenças cromossômicas ou estado de fragilidade imunológica
- ( ) Não é portador de comorbidade

Responsável pelo preenchimento da ficha: \_\_\_\_\_

Data de Coleta: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Resultado: \_\_\_\_\_