



**GOVERNO DE SERGIPE SECRETARIA
DE ESTADO DA SAÚDE DIRETORIA DE
VIGILÂNCIA SAÚDE**

NOTA INFORMATIVA Nº 13/2020/DVS/SES

**Fluxo de INVESTIGAÇÃO IMEDIATA dos casos
de ÓBITOS positivos para SARS-CoV-2.**

Considerando a LEI Nº 13.979, DE 6 DE FEVEREIRO DE 2020, que dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente da pandemia pelo SARS-CoV-2.

Considerando os questionamentos quanto ao adequado preenchimento das Declarações de Óbito relacionadas os casos suspeitos e confirmados de infecção pelo SARS-CoV-2.

Considerando a importância de INVESTIGAÇÃO IMEDIATA dos óbitos confirmados ou suspeitos de infecção pelo SARS-CoV-2, a Secretaria de Estado da Saúde, através da Diretoria de Vigilância em Saúde, DETERMINA que:

1. Todo óbito confirmado de infecção pelo SARS-CoV-2 ocorrido no âmbito de qualquer localidade deverá ser investigado pelo município de residência do paciente até 24 horas da ocorrência.
2. A investigação dar-se-á através do preenchimento da ficha em anexo a esta nota e deverá ser enviada para o email coe.sergipe@saude.se.gov.br, ou cópia entregue à Diretoria de Vigilância em Saúde.
3. Deverá ser realizada, de forma retrospectiva, a investigação de todos os óbitos confirmados de infecção pelo SARS-CoV-2, solicitados por esta Secretaria, através da Diretoria de Vigilância em Saúde.

ARACAJU-SE, 18 de maio de 2020


MARCO AURÉLIO DE OLIVEIRA GÓES
Diretoria de Vigilância em Saúde



Centro Administrativo da Saúde Senador Gilvan Rocha - Avenida Augusto Franco, 3150, Bairro Ponto Novo
Aracaju/SE CEP: 49097-670



(79) 3226-8311 – (79)3225-3824



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Diretoria de Vigilância em Saúde
Centro de Operações de Emergência em Saúde

Ficha de Investigação de Óbito por COVID-19

IDENTIFICAÇÃO

1) Nome do(a) falecido(a):	
2) Nome da mãe:	
3) Data de nascimento: ____/____/____	4) Data do óbito: ____/____/____
5) Idade: (em anos completo)	6) Sexo: <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino
7) Raça/cor: <input type="checkbox"/> Branco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Pardo <input type="checkbox"/> Índigena <input type="checkbox"/> Amarelo	8) Profissão: 9) <input type="checkbox"/> Aposentado
10) Escolaridade: <input type="checkbox"/> Nunca estudou <input type="checkbox"/> Fundamental incompleto <input type="checkbox"/> Fundamental completo <input type="checkbox"/> Médio incompleto <input type="checkbox"/> Médio completo <input type="checkbox"/> Superior completo	
11) Estado civil: <input type="checkbox"/> Solteiro(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Desquitado(a) ou separado(a) judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo(a) 12) <input type="checkbox"/> Bolsa família/transferência de renda	

ENDEREÇO

12) Logradouro:	n°:	Bairro:	Município de residência:
13) Telefone:	14) Quantidade de pessoas na residência:	15) Zona: <input type="checkbox"/> Urbana <input type="checkbox"/> Rural	

DOENÇAS E CONDIÇÕES ANTECEDENTES

16) Condições de saúde			
<input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus	<input type="checkbox"/> Desnutrição	<input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial Sistêmica	<input type="checkbox"/> Acidente Vascular Encefálico Ano:
<input type="checkbox"/> Tuberculose Ano:	<input type="checkbox"/> Obesidade	<input type="checkbox"/> Doença Pulmonar Ano:	<input type="checkbox"/> Doença Cérebro Vascular Ano:
<input type="checkbox"/> Problemas Cardíacos	<input type="checkbox"/> Renal Crônico	<input type="checkbox"/> Doença Neurodegenerativa	<input type="checkbox"/> Deficiência Mental
<input type="checkbox"/> HIV/Aids	<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> Febre Reumática	<input type="checkbox"/> Câncer Qual: Ano:
<input type="checkbox"/> Depressão Ano:	<input type="checkbox"/> Acamado Crônico	<input type="checkbox"/> Cadeirante	<input type="checkbox"/> Cirurgia Qual: Ano:
<input type="checkbox"/> Outras doenças Quais?			
17) <input type="checkbox"/> Uso de medicamentos prévios Quais?			
18) <input type="checkbox"/> Casos de COVID-19 diagnosticado na família Quantos:			
19) <input type="checkbox"/> Etilismo	20) <input type="checkbox"/> Tabagismo	21) <input type="checkbox"/> Drogas Ilícitas Quais:	22) <input type="checkbox"/> Ferimento/acidente/agressão que levou a morte

SINAIS E SINTOMAS DA DOENÇA QUE LEVOU A MORTE

24) Data de início dos sintomas: ____/____/____	25) Data que procurou assistência: ____/____/____						
26) Local ou serviço que recebeu a primeira assistência:							
27) Data da confirmação do COVID-19: ____/____/____							
28) Sinais e sintomas							
<input type="checkbox"/> Febre Calafrios	<input type="checkbox"/> Perda ponderal	<input type="checkbox"/> Fraqueza	<input type="checkbox"/> Palidez	<input type="checkbox"/> Olhos fundos	<input type="checkbox"/> Tosse seca	<input type="checkbox"/> Tosse com catarro	<input type="checkbox"/> Ascite
<input type="checkbox"/> Náusea/vômito	<input type="checkbox"/> Artralgia	<input type="checkbox"/> Coriza	<input type="checkbox"/> Dispneia	<input type="checkbox"/> Cianose	<input type="checkbox"/> Diarreia	<input type="checkbox"/> Congestão Conjuntival	
<input type="checkbox"/> Congestão Nasal	<input type="checkbox"/> Disfagia	<input type="checkbox"/> Cefaleia	<input type="checkbox"/> Disúria	<input type="checkbox"/> Hematúria	<input type="checkbox"/> Confusão	<input type="checkbox"/> Manchas Vermelhas	
<input type="checkbox"/> Convulsão	<input type="checkbox"/> Perda de Paladar	<input type="checkbox"/> Confusão	<input type="checkbox"/> Dor de barriga/cólica	<input type="checkbox"/> Enrijecimento nucal		<input type="checkbox"/> Mialgia	
<input type="checkbox"/> Rigidez generalizada	<input type="checkbox"/> Lesões orais Quais:			<input type="checkbox"/> Prurido Onde:			
<input type="checkbox"/> Sangramento Onde:	<input type="checkbox"/> Edema Onde:			<input type="checkbox"/> Icterícia Onde:			

SOMENTA PARA MULHER

29) <input type="checkbox"/> Alteração na mama Qual:	<input type="checkbox"/> Corrimento vaginal	<input type="checkbox"/> Laqueadura	Número de gestações:
--	---	-------------------------------------	----------------------

HOSPITALIZAÇÃO (se houve)

30) Local da internação:	31) Data da hospitalização: ____/____/____
32) <input type="checkbox"/> Alteração no raio X Qual:	33) <input type="checkbox"/> Alteração na tomografia Qual:
34) <input type="checkbox"/> Saturação O ₂ <95% <input type="checkbox"/> Tiragem <input type="checkbox"/> Batimento de asa de nariz <input type="checkbox"/> Aumento dos gânglios <input type="checkbox"/> Utilização de mais de 5 medicamentos	
34) Dispositivos	
<input type="checkbox"/> Ventilação Mecânica <input type="checkbox"/> Suporte de oxigênio <input type="checkbox"/> Cateter Venoso Central <input type="checkbox"/> Sonda Vesical de Demora <input type="checkbox"/> SNE/SNG	

ÓBITO E OUTRAS INFORMAÇÕES

35) Local do óbito: Diagnóstico pós-óbito Plano de saúde Número da DO:

36) Causas da morte segundo DO:

PARTE I

Causa A:

Causa B:

Causa C:

Causa D:

PARTE II:

37) Histórico de viagem (desde início da pandemia) a outro estado ou país Qual: Duração:

DESCRIÇÃO DO CASO E OUTRAS INFORMAÇÕES QUE POSSAM AJUDAR NA INVESTIGAÇÃO

Data: ____/____/____

Assinatura do responsável pelo preenchimento: _____

Carimbo: