ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
MUNICÍPIO DE PELOTAS
GABINETE DA PREFEITA

Ofício n.º 0153/2020 DAO

Pelotas, 04 de agosto de 2020.

Exmo. Sr.
José Sizenando
Presidente da Câmara Municipal
Pelotas-RS

Senhor Presidente,

Na oportunidade em que o cumprimento, envio-lhe resposta referente ao pedido de informação formulado pela Vereadora Fernanda Miranda, o qual requer esclarecimentos se os critérios de gênero para confirmação de COVID-19 tem outro parâmetro que masculino/feminino (prot. Câmara 0495/2020).

Segue apenso, esclarecimentos prestados pela Secretaria Municipal de Saúde – SMS (04 fls.)

Atenciosamente,

Paula Schild Mascarenhas
Prefeita

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
MUNICÍPIO DE PELOTAS
SECRETARIA DA SAÚDE

Memo nº. 255/2020 GAB Pelotas, 04 de agosto de 2020.

De: Gabinete – SMS

Para: Sr. Tiago Bündchen
Diretor Executivo
Secretaria Municipal de Governo

Assunto: Pedido de Informação nº 38/2020 – SMG (SIM)

Senhor Diretor,

Em resposta ao Pedido de Informação supracitado, encaminhamos cópia do Memorando nº 36/2020 do Departamento de Vigilância Epidemiológica, referente aos critérios de gênero no registro de suspeitos/confirmados pela Covid-19.

Atenciosamente,

Roberta Paganini Lauria Ribeiro
Secretária Municipal de Saúde

Rua Tiradentes, nº 3120 – Pelotas/RS
CEP 96010-160
(53) 32849540
smspelgabinete@gmail.com

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
MUNICÍPIO DE PELOTAS
SECRETARIA DA SAÚDE

Memo nº 36 /2020 VIGEP Pelotas, 03 de agosto de 2020.

De: Vigilância epidemiológica

Para: Roberta Paganini L. Ribeiro
Secretaria Municipal de Saúde
Secretaria Municipal de Saide

Assunto: Pedido de Informação 00014EF74000530027D2022B001BD27
Vereadora Fernanda Pinto Miranda

Senhora Vereadora,

Em resposta ao pedido de informações conforme o número de ofício supracitado, referente aos dados coletados, informamos que são conforme a base nacional. Em anexo formulário.

Carmem R.S.Viegas
Coordenação vigilância epidemiológica

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

FORMULÁRIO DE NOTIFICAÇÃO DE SÍNDROME GRIPAL

Unidades privadas e consaltórios - *Preencher para usuários com Sintomas Gripais e enviar para Vigilância Epidemiológica entregar a notificação na Vigilância Epidemiológica ou enviar pelo e-mail vigiepidemiopel@gmail.com*

Unidades SUS *digitar no sistema eSUS-VE*

O PREENCHIMENTO DE TODOS OS CAMPOS É OBRIGATÓRIO

Unidade Notificadora: _____ DATA: ____/____/____

IDENTIFICAÇÃO

Tem CPF? ( )Sim ( )Não. Cartão SUS n° _____

É profissional de saúde? ( )Sim ( )Não

CPF _____

Nome Completo _____

Data de Nascimento ____/____/____ Sexo ( )Masculino ( )Feminino Raça _____

Logradouro _____ Número/ Complemento _____

CEP _____ Bairro _____

Estado de Residência _____ Município de Residência _____

Telefone Celular _____ Telefone de Contato _____

Unidade Básica mais próxima do endereço: _____

NOTIFICAÇÃO

Data da Notificação ____/____/____

SINTOMAS

( )Dor de Garganta ( )Dispneia ( )Febre ( )Tosse ( )Outros – Quais _____

Data do início dos sintomas: ____/____/____

CONDIÇÕES:

( )Doenças respiratórias crônicas descompensadas ( )Doenças cardíacas crônicas

( )Diabetes ( )Imunossupressão

( )Doenças renais crônicas em estágio avançado (graus 3, 4 ou 5)

( )Gestante de alto risco ( )Outras – Quais _____

( )Portador de doenças cromossômicas ou estado de fragilidade imunológica

TESTE

( )Solicitado ( )Coletado ( )Concluído - Resultado

Tipo de teste: _____ Data realização teste: ____/____/____

Marca do teste rápido: _____ Tem autorização ANVISA e validade pelo INCQS ( ) Sim ( ) Não

Resultado: ( ) Reagente ( ) Não reagente

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Nº

e-SUS Vigilância Epidemiológica
09/04/2020

FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE SG SUSPEITO DE DOENÇA PELO CORONAVÍRUS 2019 – COVID-19 (B34.2)

Definição de caso: indivíduo com quadro respiratório agudo, caracterizado por sensação febril ou febre, mesmo que relatada, acompanhada de tosse OU dor de garganta OU coriza.
Em crianças: 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 sincope, confusão mental, sonolência excessiva, irritabilidade e inapetência.

UF: __|__ **Município de Notificação:** _____

IDENTIFICAÇÃO

Tem CPF? (Marcar X) |__|Sim |__|Não

Estrangeiro: (Marcar X) |__| Sim |__|Não

É profissional de saúde ou segurança? (Marcar X) |__| Sim |__|Não

CBO:

CPF: __|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__

CNS: __|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__

Nome Completo:

Nome Completo da Mãe:

Data de nascimento: ____|____|_____

País de origem:

Sexo: (Marcar X) |__|Masculino |__|Feminino

Raça/COR: (Marcar X) |__|Branca |__|Preta |__|Amarela |__|Parda |__|Indígena

Passaporte: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|

DADOS CLÍNICOS EPIDEMIOLÓGICOS

CEP: __|__|__|__|__ - __|__|__

UF: __|__ **Município de Residência:** _____

Logradouro: _____

Número :

Complemento: _____ **Bairro:**

Telefone Celular: _|_ - _|_|_|_|_|_|_|_|_|_ **Telefone do contato:** _|_ -_|_|_|_|_|_|_|_|_|_

Data da Notificação: ___|___|____

Sintomas: (Marcar X)
|__| Dor de Garganta |__| Dispneia |__|Febre
|__| Tosse |__| Outros_____

Data do início dos sintomas: ___|___|____

Condições: (Marcar X)
|__| Doenças respiratórias crônicas descompensadas
|__| Doenças cardíacas crônicas
|__| Diabetes
|__| Doenças renais crônicas em estágio avançado (graus 3, 4 e 5)
|__| Imunossupressão
|__| Gestante de alto risco
|__| Portador de doenças cromossômicas ou estado de fragilidade imunológica

Estado do Teste: (Marcar X)
|__|Solicitado
|__|Coletado
|__|Concluído

Data da Coleta do Teste:
____|____|_____

Tipo de Teste: (Marcar X)
|__|Teste rápido – anticorpo
|__|Teste rápido – antígeno
|__|RT - PCR

Resultado do teste: (Marcar X)
|__|Negativo
|__|Positivo

Classificação final: (Marcar X)
|__|Confirmação laboratorial
|__|Confirmação clínico epidemiológico
|__|Descartado

Evolução do caso: (Marcar X)
|__|Cancelado |__|Ignorado |__| Óbito
|__|Cura |__|Internado |__| Internado em UTI
|__|Em tratamento domiciliar

Data de encerramento: ____|____|_____

Informações complementares e observações

Observações Adicionais