



**Ficha de Notificação Imediata**  
<http://portal.saude.pi.gov.br>

**O PREENCHIMENTO DESTES FORMULÁRIO NÃO ISENTA A NOTIFICAÇÃO DO SINAN**

Dados do notificador	E-mail do notificador:		
	Nome do notificador:		
	Data de notificação: ____ / ____ / ____	Profissão ou ocupação:	Telefone: (    )
Dados da notificação	Município de notificação:		
	Origem da notificação: <input type="checkbox"/> Secretaria Estadual de Saúde (Vigilância) <input type="checkbox"/> Serviço de Saúde Privada <input type="checkbox"/> Laboratório Privado <input type="checkbox"/> Secretaria Municipal de Saúde (Vigilância) <input type="checkbox"/> Profissional de Saúde Autônomo <input type="checkbox"/> População <input type="checkbox"/> Serviço de Saúde Pública <input type="checkbox"/> Laboratório Público <input type="checkbox"/> Outra		
Dados do evento	Especificação do evento:  <input type="checkbox"/> Caso  <input type="checkbox"/> Óbito  <input type="checkbox"/> Surto	Doença de notificação compulsória imediata nacional: (Marque a suspeita principal)	
		<input type="checkbox"/> Botulismo <input type="checkbox"/> Febre amarela <input type="checkbox"/> Peste <input type="checkbox"/> Cólera <input type="checkbox"/> Febre de chikungunya <input type="checkbox"/> Poliomielite poliovírus selvagem <input type="checkbox"/> Doença com suspeita disseminação intencional (antraz pneumônico, tularemia ou varíola) <input type="checkbox"/> Febre do nilo ocidental e outras arboviroses de importância em saúde pública <input type="checkbox"/> Raiva humana <input type="checkbox"/> Doença pelo vírus arenavírus <input type="checkbox"/> Febre maculosa e outras riquetsioses <input type="checkbox"/> Rubéola ou síndrome da rubéola congênita <input type="checkbox"/> Doença pelo vírus lassa <input type="checkbox"/> Febre purpúrica brasileira <input type="checkbox"/> Sarampo <input type="checkbox"/> Doença pelo vírus marburg <input type="checkbox"/> Influenza humana por novo subtipo viral <input type="checkbox"/> Síndrome paralisia flácida aguda <input type="checkbox"/> Evento adverso graves ou óbitos pós-vacinação <input type="checkbox"/> Óbito por dengue	
	Data primeiros sintomas: ____ / ____ / ____	Sintomas apresentados:	Sinais clínicos observados:
	Morbidades prévias: <input type="checkbox"/> Doença cardiovascular, incluindo hipertensão <input type="checkbox"/> Imunodeficiência <input type="checkbox"/> Neoplasia (tumor sólido ou hematológico) <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Infecção pelo HIV <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Doença hepática <input type="checkbox"/> Doença renal <input type="checkbox"/> Outro (Informe no final do formulário no campo Observações) <input type="checkbox"/> Doença neurológica crônica ou neuromuscular <input type="checkbox"/> Doença pulmonar crônica		
Paciente foi hospitalizado? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe		Situação de saúde do paciente no momento da notificação: <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Cura <input type="checkbox"/> Sintomático <input type="checkbox"/> Ignorado	
Foi realizada coleta de amostra do paciente? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe		Paciente teve contato próximo com animais em áreas afetadas? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe	
Viagem	Paciente tem histórico de viagem recente? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe		Tipo de viagem do paciente? <input type="checkbox"/> Internacional <input type="checkbox"/> Interestadual <input type="checkbox"/> Intermunicipal <input type="checkbox"/> Dentro do município
	Destino(s) da(s) viagem:		
Dados do paciente	Nome do paciente:		Data nascimento: ____ / ____ / ____
	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Ignorado		Idade:
	Raça / Cor: <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Ignorado		Telefone do paciente: (    )
	Nome da mãe do paciente:		Município de residência:
Endereço do paciente:		CEP do endereço (rua) de residência:	
Obs.:	Observações: (contatos, coleta laboratorial, transferências, viagens, morbidade prévia, etc)		

**Notificar COVID-19 no e-SUS VE**