



**PLANO DE CONTIGÊNCIA
COVID 19**

**Emissão:
25/03/2020
Revisão: 00**

1. DEFINIÇÃO
 - 1.1. TRANSMISSÃO
 - 1.2. PERIODO DE INCUBAÇÃO
 - 1.3. SINAIS E SINTOMAS
 - 1.4. COMPLICAÇÕES
 - 1.5. CASO SUSPEITO
 - 1.6. CASO PROVÁVEL
 - 1.7. CASO CONFIRMADO
 - 1.8. CASO DESCARTADO
 - 1.9. CASO EXCLUIDO
2. OBJETIVO
3. EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL
4. MANEJO DOS CASOS SUSPEITOS
 - 4.1.1. TRIAGEM, ESPERA E ATENDIMENTO MÉDICO
 - 4.1.2. ISOLAMENTO DOMICILIAR
 - 4.1.3. CONDUTA FRENTE A CASO SUSPEITO INTERNADO
 - 4.1.4.1 FLUXO DIRECIONAL DE INTERNAÇÕES – COVID 19
 - 4.2. TRATAMENTO PARA PACIENTES SUSPEITOS OU CONFIRMADOS COVID-19
 - 4.3. FLUXO DIRECIONAL DE ATENDIMENTO DE COLABORADORES/PROFISSIONAIS DE SAUDE – COVID19
- 4.4 CID E CODIGO DE PROCEDIMENTO REFERENTE AO COVID-19
- 4.5 NOTIFICAÇÃO DE CASOS
- 5 BOLETIM DE INFORMAÇÕES DE PACIENTES
- 6 PROCEDIMENTOS PARA DIAGNÓSTICO LABORATORIAL
 - 6.1 COLETA SWAB NASOROFARINGEO
 - 6.2 ASPIRADO NASOFARINGEO (ANF)
- 7 GESTANTES COM SUSPEITA OU CONFIRMAÇÃO DE COVID-19
 - 7.1 ASSISTENCIA A GESTANTE COM SUSPEITA OU CONFIRMAÇÃO DE COVID-19
- 8 PROTOCOLO DE INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL PARA CASO SUPEITO OU CONFIMADO
- 9 PROCESSAMENTO DE PRODUTOS PRA SAUDE
 - 9.1 LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE SUPERFICIES
 - 9.2 PROCESSAMENTO DE ROUPAS
 - 9.3 TRATAMENTO DE RESÍDUOS
10. CUIDADOS COM O CORPO PÓS-ÓBITO EM CASOS SUSPEITOS OU CONFIRMADOS DE COVID
11. INVENTÁRIO DE RESPIRADORES
12. CONDUTA FRENTE AO ÓBITO PACIENTE SUSPEITO COVID19

Elaborador/ Rubrica

Verificador/ Rubrica

Aprovador/ Rubrica



**PLANO DE CONTIGÊNCIA
COVID 19**

**Emissão:
25/03/2020
Revisão: 00**

13. INFORMAÇÕES DO SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR
14. INFORMAÇÕES À MIDIA
15. COMPOSIÇÃO DO COMITE CONTINGENCIA COVID 19
16. ANEXOS
ANEXO I - FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL CASO DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE (SRAG-HOSPITALIZADO)
ANEXO II - TERMO DE ORIENTAÇÃO PARA SINDROME GRIPAL(SG) OU SUSPEITA COVID
ANEXO III - BOLETIM INFORMATIVO INTERNO - SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO
17. REFERÊNCIAS

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1 – Fluxo Direcional de Atendimentos Síndrome Gripal
Figura 2 – Fluxo Direcional de Atendimentos Área Externa PA COVID
Figura 3 – Fluxo Direcional de Atendimentos Área Interna PA COVID
Figura 4 – Termo de Esclarecimento, Ciência e Responsabilidade para Uso de Medicamentos - COVID19
Figura 5 – Fluxo de Atendimentos de Pacientes
Figura 6 – Formulário de Informação Médica Paciente Isolado
Figura 7 – Fluxo Direcional de Internações
Figura 8 – Tratamento para pacientes suspeitos ou confirmados covid-19
Figura 9 – Fluxo de atendimento a colaboradores SCL
Figura 10 – Coletas de material por ANS e SWAB
Figura 11 – Passo a passo coleta SWAB Orofaringe e Nasofaringe
Figura 12 – Coleta de aspirado nasofaringeo
Figura 13 – Atendimento de gestante com suspeita ou confirmação COVID19. Fonte: recomendações para cuidados e assistência ao recém-nascido com suspeita ou diagnóstico de covid-19 – 06/04/2020

Elaborador/ Rubrica

Verificador/ Rubrica

Aprovador/ Rubrica



**PLANO DE CONTIGÊNCIA
COVID 19**

**Emissão:
25/03/2020
Revisão: 00**

1. DEFINIÇÃO

O vírus 2019-nCoV também conhecido por Coronavírus, foi detectado pela primeira vez em Wuhan na China, sendo responsável por um surto de doença respiratória que levou a 25.000 casos confirmados e quase 500 óbitos até o dia 05/02/2020.

Coronavírus faz parte de uma família viral conhecida desde aproximadamente 1960, geralmente ocasionam doenças respiratórias leves e moderadas que se assemelham a um resfriado comum, por sua baixa patogenicidade, porém, eventualmente em grupos de risco podem causar infecções graves. Em 2002 foi identificado (SARS) Síndrome Respiratória Aguda Grave, e em 2012 a (MERS) Síndrome Respiratória do Oriente Médio, que podem causar doenças graves com impacto importante em termos de saúde pública.

Os vírus da SARS-CoV, MERS-CoV e 2019-nCoV pertencentes da subfamília Betacoronavírus são altamente patogênicos e responsáveis por causar síndrome respiratória grave, que podem induzir a doença tanto no trato respiratório superior quanto inferior, em pacientes imunodeprimidos, crianças, pacientes com comorbidades, jovens, e idosos.

1.1. TRANSMISSÃO

A transmissão ocorre de pessoa-a-pessoa, transmitido principalmente pela via respiratória, gotículas respiratórias, tosse e espirro em curta distância; ou pelo contato que pode ser direto ou indireto. Contato direto, toque ou aperto de mão; contato indireto tocar em objetos ou superfícies contaminadas, em ambos os casos seguido do contato das mãos com a boca, nariz ou olhos, semelhante à influenza ou outros vírus respiratórios. O Ministério da saúde no dia 20/03/2020 reconheceu que a transmissão passou a ser comunitária. Não sendo mais necessário para o critério clínico contato ou viagem para área infectada.

1.2. PERÍODO DE INCUBAÇÃO

No caso do 2019-nCoV o período de incubação conhecido é de cerca de 2 a 14 dias após a exposição, sugerem que a transmissão possa ocorrer, mesmo sem o aparecimento de sinais e sintomas. Até o momento, não há informação suficiente de quantos dias anteriores ao início dos sinais e sintomas que uma pessoa infectada passa a transmitir o vírus. No caso do SARS-CoV transmissibilidade dos pacientes infectados é em média de 7 dias após o início dos sintomas.

Elaborador/ Rubrica

Verificador/ Rubrica

Aprovador/ Rubrica



**PLANO DE CONTIGÊNCIA
COVID 19**

**Emissão:
25/03/2020
Revisão: 00**

1.3. SINAIS E SINTOMAS

Nos casos leves os sinais e sintomas podem ser facilmente confundidos com uma gripe ou resfriado. Principais sinais são:

- Febre ($\geq 37,8^{\circ}\text{C}$),
- Tosse,
- Mialgia e mal estar,
- Expectoração e
- Dificuldade respiratória.

Em casos mais graves pode causar pneumonia, insuficiência respiratória, síndrome respiratória aguda grave até óbito.

Como o perfil clínico não está estabelecido completamente, necessitando de mais investigações. Assim, tem se estabelecido a avaliação clínica e o tratamento a partir das definições de síndrome gripal (SG) e síndrome respiratória aguda grave (SRAG).

1.4. COMPLICAÇÕES

As complicações mais comuns são Síndrome Respiratória Aguda Grave - SRAG (17-29%), lesão cardíaca aguda (12%) e infecção secundária (10%). A letalidade entre os pacientes hospitalizados variou entre 11% e 15%.

1.5. CASO SUSPEITO

Situação 1: Febre¹ E pelo menos um sinal ou sintoma respiratório (tosse, dificuldade para respirar, batimento das asas nasais entre outros) E histórico de viagem para área com transmissão local, de acordo com a OMS, nos últimos 14 dias anteriores ao aparecimento dos sinais ou sintomas; OU

Situação 2: Febre¹ E pelo menos um sinal ou sintoma respiratório (tosse, dificuldade para respirar, batimento das asas nasais entre outros) E histórico de contato próximo de caso suspeito para o coronavírus (2019-nCoV), nos últimos 14 dias anteriores ao aparecimento dos sinais ou sintomas; OU

Situação 3: Febre¹ OU pelo menos um sinal ou sintoma respiratório (tosse, dificuldade para respirar, batimento das asas nasais entre outros) E contato próximo de caso confirmado de coronavírus (2019-nCoV) em laboratório, nos últimos 14 dias anteriores ao aparecimento dos sinais ou sintomas.

1.6. CASO PROVÁVEL

Caso suspeito que após resultado laboratorial apresente inconclusivo para 2019-nCoV ou com teste positivo em ensaio pan-coronavirus.

Elaborador/ Rubrica

Verificador/ Rubrica

Aprovador/ Rubrica



**PLANO DE CONTIGÊNCIA
COVID 19**

**Emissão:
25/03/2020
Revisão: 00**

1.7. CASO CONFIRMADO

Indivíduo com confirmação laboratorial conclusiva para 2019-nCoV, independente dos sinais e sintomas.

1.8. CASO DESCARTADO

Caso suspeito com resultado laboratorial negativo para covid-19 ou confirmação laboratorial para outro agente etiológico.

1.9. CASO EXCLUIDO

Caso notificado que não se enquadrar na definição de caso suspeito. Nessa condição, o registro será excluído da base de dados nacional.

2. OBJETIVO

- Estabelecer um fluxograma de atendimento, diagnóstico e notificação de casos suspeitos e/ou confirmados de 2019-nCoV
- Estabelecer medidas de prevenção visando a proteção da equipe multidisciplinar e dos demais pacientes
- Estabelecer um protocolo de execução do procedimento com atuação Multidisciplinar;
- Padronizar condutas na Instituição;
- Capacitar o profissional para a técnica segura de colocação e retirada de EPI's;
- Prevenir contaminação do profissional;

3. EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL

A utilização de EPI é obrigatória a todos os profissionais de saúde que prestam assistência direta ao paciente, de acordo com as normas da NR 9 e 32, para oferecer segurança aos colaboradores, minimizando e evitando os riscos à saúde, sendo que as precauções são baseadas na forma de transmissão dos agravos.

- Luvas de procedimento: o uso é obrigatório nas manipulações individuais a cada paciente;

Elaborador/ Rubrica

Verificador/ Rubrica

Aprovador/ Rubrica

**PLANO DE CONTIGÊNCIA
COVID 19**Emissão:
25/03/2020
Revisão: 00

- Óculos, Máscara e/ou Avental: quando houver risco de contato com sangue, fluidos corpóreos ou secreções e em caso de precaução de isolamento, de acordo com a exposição, e nos procedimentos a serem realizados.

Área limpa	Área intermediária e suja	Procedimentos
Máscara cirúrgica Higienização das mãos; Roupa privativa.	Máscara N95; Luvas de Procedimento (dupla); Óculos de proteção; Avental descartável; Roupa privativa.	Máscara N95; Luvas de Procedimento (dupla); Avental impermeável; Óculos de proteção ou protetor facial; Macacão Roupa privativa; Gorro descartável; Propé.
Todos os profissionais	Todos os profissionais	Profissionais de saúde

Tabela 1 – EPI'S – UTILIZAÇÃO POR CRITICIDADE DA ÁREA

EPI	FREQUENCIA DE TROCA
Máscara N95 ou PFF2	Tempo indeterminado, descartar apenas quando úmida.
Máscara Cirúrgica	Ficará por cima da N95, trocar a cada 3h ou quando úmida.
Roupa Privativa	Um conjunto durante o plantão (12h).
Macacão químico*	Colocado ao iniciar o plantão, retirar ao sair para horário de almoço, após colocar um macacão novo.
Óculos de proteção	Higienizar após utilizar
Propé	Colocar um novo a cada troca de macacão
Luvas de Procedimento	Descartar a cada procedimento e após higienizar as mãos
Gorro descartável	Colocar um novo a cada troca de macacão

Tabela 2 – EPI'S – FREQUENCIA DE TROCA

Elaborador/ Rubrica

Verificador/ Rubrica

Aprovador/ Rubrica

4. MANEJO DOS CASOS SUSPEITOS

Os atendimentos serão direcionados a partir da criticidade dos casos: leves e moderados ao PA COVID e graves à Sala de Emergência.



FLUXO DIRECIONAL DE ATENDIMENTOS – COVID 19

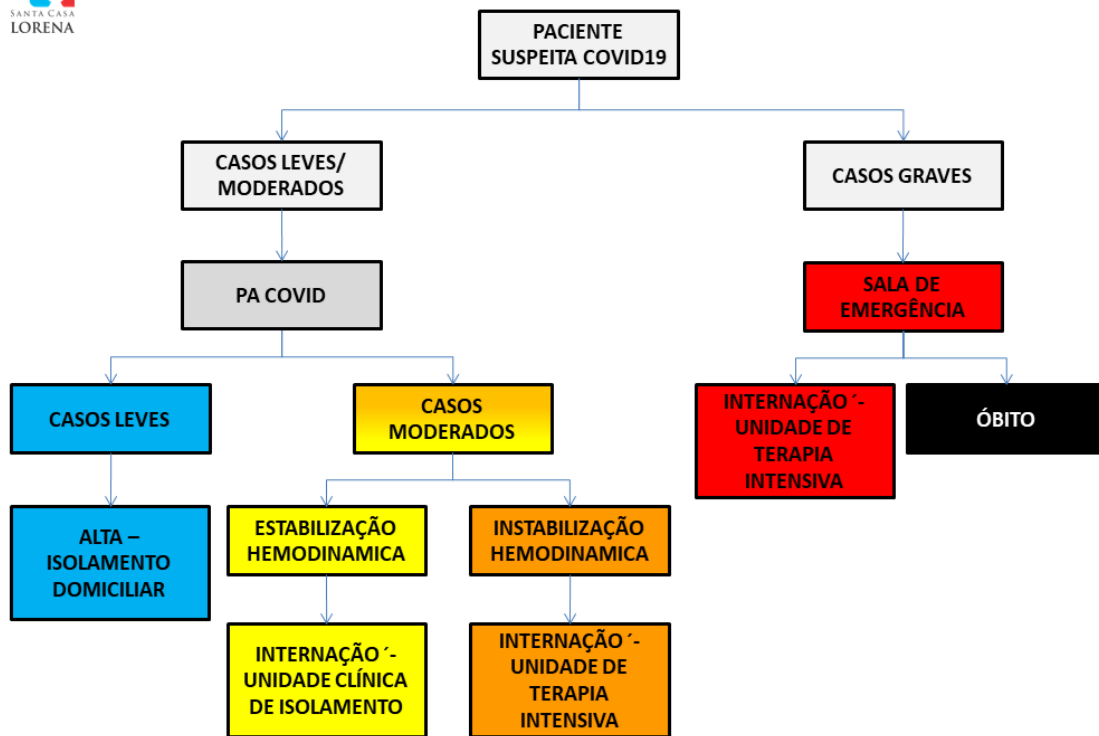


Figura 1 – Fluxo Direcional de Atendimentos Síndrome Gripal

4.1.1. TRIAGEM, ESPERA E ATENDIMENTO MÉDICO

A área de atendimento para pacientes com suspeita terá um acesso exclusivo, sem cruzamento entre pacientes em espera e pacientes já atendidos.

Nessa área, destinada a pacientes de menor gravidade não será liberada a entrada de acompanhantes.

O paciente com sintomas gripais leves receberá uma máscara cirúrgica, caso não esteja de máscara. Realizará um cadastro para abertura de ficha de atendimento com profissional recepcionista, após, fornecerá dados sobre queixa/motivo do atendimento, sinais e sintomas à enfermagem, terá sua temperatura e saturação de oxigênio aferidos e será direcionado à área de espera para

Elaborador/ Rubrica

Verificador/ Rubrica

Aprovador/ Rubrica

PLANO DE CONTIGÊNCIA COVID 19

Emissão:
25/03/2020
Revisão: 00

atendimento médico. Após consulta médica será definida conduta médica de alta ou observação para exames e internação.

Em todo o percurso é respeitada a distancia mínima de 2 (dois) metros entre os pacientes e profissionais.

Os equipamentos utilizados nesta área serão higienizados a cada paciente.

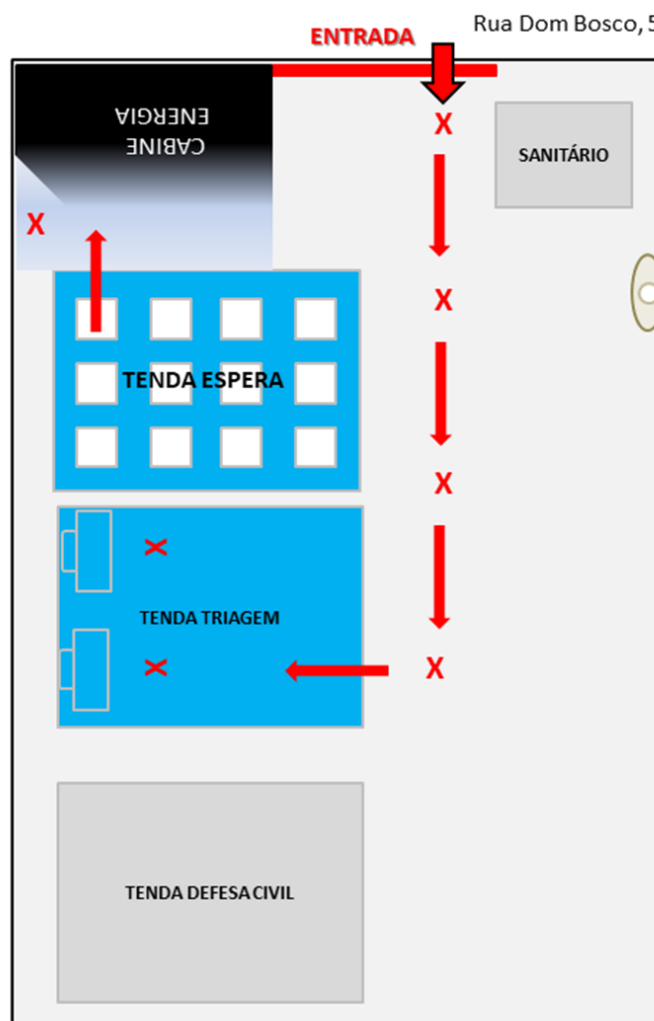


Figura 2 – Fluxo Direcional de Atendimentos Área Externa PA COVID

4.1.2. ISOLAMENTO DOMICILIAR

Após atendimento médico caso assintomático ou hemodinamicamente estável para isolamento domiciliar, receberá orientações quanto ao isolamento domiciliar e assinará termo declarando estar orientado. Após assinatura paciente se encaminhará para saída. Se paciente for gestante ou profissional da saúde

Elaborador/ Rubrica

Verificador/ Rubrica

Aprovador/ Rubrica

**PLANO DE CONTIGÊNCIA
COVID 19**

**Emissão:
25/03/2020
Revisão: 00**

ainda que estável deverá colher SWAB conforme protocolo preventivo do Ministério da Saúde.

O paciente que tenha indicação de intervenções médicas (exames, medicações, oxigenioterapia, etc.) deverá ser encaminhado internamente para Sala de Observação e Sala de Tomografia e se indicado realizada a internação conforme avaliação médica.



Figura 3 – Fluxo Direcional de Atendimentos Área Interna PA COVID

Caso inicie tratamento com Hidroxicloroquina e/ ou Anticoagulante paciente assinará Termo De Esclarecimento, Ciência e Responsabilidade Para Uso De Medicamentos – COVID 19.


Elaborador/ Rubrica

Verificador/ Rubrica

Aprovador/ Rubrica

**PLANO DE CONTIGÊNCIA
COVID 19**

**Emissão:
25/03/2020
Revisão: 00**

	TERMO DE ESCLARECIMENTO, CIÊNCIA E RESPONSABILIDADE PARA USO DE MEDICAMENTOS – COVID 19	FORM-SCIH-004
		Emissão: 03/04/2020
		Revisão: 00 03/04/2022

Nome Completo:		DN: ____/____/____
Setor:	RG ou CPF:	Cartão Nacional de Saúde:

Eu, _____, portador do RG: _____
paciente ou responsável legal pelo paciente incapaz ou menor de idade, _____,
declaro que fui claramente informado (a) pelo Médico (a) _____, CRM _____
de que os medicamentos que passo a receber podem trazer melhoras dos sintomas e prevenção de complicações associadas à
Doença do Coronavírus (Covid-19). Tive a oportunidade de fazer perguntas e me foram fornecidas orientações sobre os
benefícios, riscos, contraindicações, principais efeitos adversos relacionados ao uso de Hidroxicloroquina e Anticoagulante.
Fui também claramente informado (a) a respeito das seguintes contraindicações, potenciais efeitos adversos e riscos:

Hidroxicloroquina: medicamentos classificados na gestação como fator de risco C (estudos em animais mostraram
anormalidades nos descendentes, porém não há estudos em humanos; o risco para o bebê não pode ser descartado,
mas um benefício potencial pode ser maior que os riscos);
Principais reações adversas são usualmente relacionadas com a dose e o tempo de tratamento; problemas nos olhos, como
visão borrada, ou qualquer alteração na visão, diminuição das células brancas e vermelhas do sangue, instabilidade e
alterações emocionais, nervosismo, inquietação, problemas para escutar, convulsões, zumbidos, problemas no coração,
problemas nos músculos dos olhos, causando dificuldade para ler, diarreia, perda de apetite, anorexia, náuseas, dor no
estômago, distúrbios gastrointestinais e dor abdominal, vômito, dor de cabeça, queda de cabelo, descoloração da pele, das
unhas ou no interior na boca, tontura e vertigem, problemas de pele, vermelhidão e dermatite, pode precipitar crises de
porfirias, fadiga, erupção cutânea, prurido, síndrome de Stevens-Johnson, fotossensibilidade e fraqueza muscular.
Medicamentos contraindicados em casos de Hipersensibilidade (alergia) aos fármacos ou aos componentes da fórmula.

Anticoagulante: principais reações adversas: hemorragias, trombocitopenia e trombocitose, reação alérgica, aumento das
enzimas hepáticas, urticária, prurido, anemia e osteoporose na terapia prolongada (acima de 3 meses).

O tratamento constará dos seguintes medicamentos: Hidroxicloroquina Anticoagulante

Sendo assim declaro que:

ACEITO o tratamento, estando ciente, de que este medicamento é de uso pessoal, necessitando de uma prescrição e
acompanhamento médico, assumindo a responsabilidade e os riscos por eventuais efeitos indesejáveis, comprometendo-
me a devolvê-lo se o tratamento for interrompido por alguma razão.

NÃO ACEITO adquirir ao tratamento medicamentoso e declaro estar ciente dos riscos decorrentes desta decisão. Sei
também que continuarei sendo acompanhado Médico.

Autorizo o Ministério da Saúde e a Secretaria de Saúde a fazerem uso de informações relativas ao meu
tratamento, desde que assegurado o anonimato. () Sim () Não

Lorena, _____ de _____ de 2020.

Assinar e digitalizar ou preencher após completo preenchimento

Página 1 de 1

Figura 4 – Termo de Esclarecimento, Ciência e Responsabilidade para Uso de Medicamentos - COVID19

4.1.3. CONDOTA FRENTE A CASO SUSPEITO INTERNADO

Paciente que após avaliação clínica apresentar dispneia $SpO_2 < 94\%$ e estar dependente de O_2 , e não apresentarem melhora, procederá internação na clínica cirúrgica, Paciente que apresentar dispneia ou $SPO_2 < 94\%$ com O_2 a 06l/min, procederá a internação na UTI. O fluxograma de atendimento seguem as últimas recomendações do Ministério da Saúde.

Elaborador/ Rubrica

Verificador/ Rubrica

Aprovador/ Rubrica

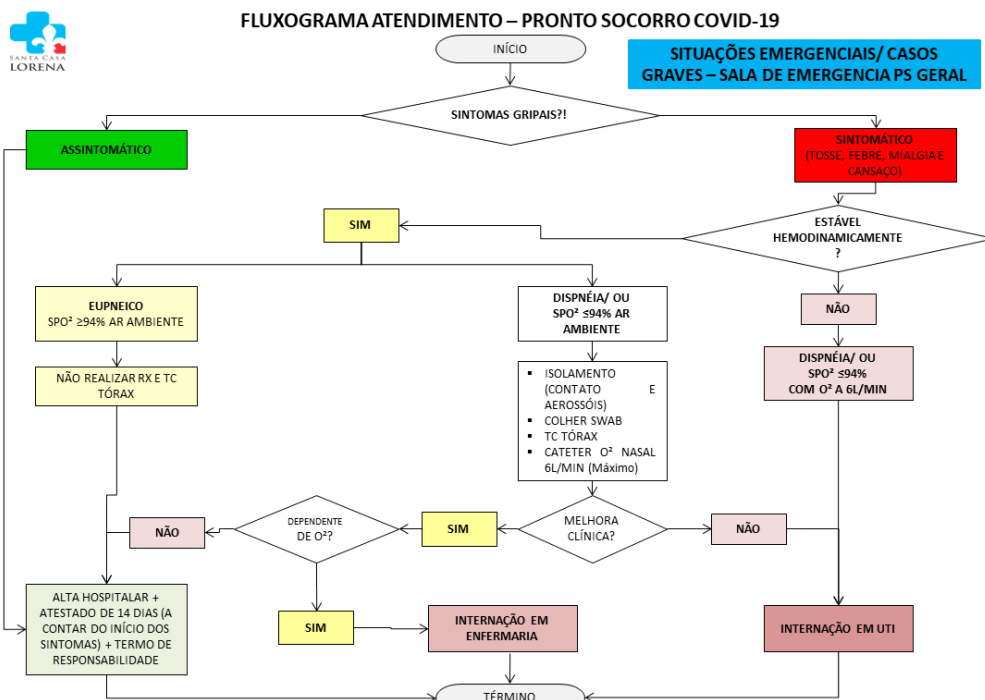


Figura 5 – Fluxo de atendimentos de Pacientes

Não é liberada a presença de acompanhantes nem visitas aos pacientes internados como caso suspeito ou confirmado de COVID19.

Para informações aos familiares será definido um familiar de primeiro grau, responsável, que deixará seu nome completo e telefone para que, diariamente, após visita médica e preenchimento de formulário de Informação Médica de Paciente Isolado, o profissional Enfermeiro do setor ou Assistente Social irá proceder a ligação ao responsável. A seguir os registros devem ser arquivados em prontuário físico e registro em prontuário eletrônico.


Elaborador/ Rubrica

Verificador/ Rubrica

Aprovador/ Rubrica

**PLANO DE CONTIGÊNCIA
COVID 19**

**Emissão:
25/03/2020
Revisão: 00**

	FORMULÁRIO DE INFORMAÇÃO MÉDICA PACIENTE ISOLADO	FORM-MED-001
		Emissão: 09/04/2020
		Revisão: 00 09/04/2022
INFORMAÇÕES DO PACIENTE		
Nome:	Data: ____/____/____	
Número do prontuário:		
Unidade de internação:	Leito:	
Provável alta: () NÃO () SIM – para: ____/____/____		
Médico responsável pelo atendimento:	CRM:	
ESTADO GERAL		
CONDUTAS ADOTADAS		
OBSERVAÇÕES PERTINENTES		
NOTIFICAÇÃO AOS FAMILIARES		
Receptor da informação:	Data: ____/____/____	
Grau de parentesco:		
Profissional responsável por notificar:		

Anexar formulário ao prontuário do paciente

Figura 6 – Formulário de Informação Médica Paciente Isolado

4.1.4.2 FLUXO DIRECIONAL DE INTERNAÇÕES – COVID 19

Ações das equipes diante da indicação de internação de casos leves a moderados:

UNIDADE SOLICITANTE

- Equipe Médica registra internação no sistema.
- Equipe Enfermagem COVID aciona Enf. Supervisão para registro da internação e impressão de Prescrição Médica.
- Equipe Recepção realiza boletim de internação em sistema MV.

Elaborador/ Rubrica

Verificador/ Rubrica

Aprovador/ Rubrica



**PLANO DE CONTIGÊNCIA
COVID 19**

**Emissão:
25/03/2020
Revisão: 00**

- Equipe Enfermagem COVID aciona Supervisão para transferência na porta de acesso interno do PA COVID.

UNIDADE DE ISOLAMENTO

- Enfermeiro Supervisão informa setor de Isolamento para internação e verifica leito.
- Enfermeiro Supervisão providencia documentação de internação.
- Enfermeiro Supervisão localiza técnico para apoio e transporte do paciente.
- Enfermeiro Supervisão realiza transporte de paciente do PA COVID para Setor Isolamento.

Ações das equipes diante da indicação de internação de casos moderados a graves:

UNIDADE SOLICITANTE

- Equipe Médica registra internação no sistema e solicita vaga ao médico UTI.
- Equipe Recepção realiza boletim de internação em sistema MV.
- Enfermeiro + TE encaminha paciente para UTI após liberação do leito (transferência na porta de acesso interno da UTI).

UTI ADULTO

- Equipe Médica discute caso e libera ou não a vaga.
- Enfermeiro prepara e libera leito para paciente.
- Enfermeiro + TE recebe paciente para admissão na porta de acesso interno da UTI.

Elaborador/ Rubrica

Verificador/ Rubrica

Aprovador/ Rubrica

**PLANO DE CONTIGÊNCIA
COVID 19**

**Emissão:
25/03/2020
Revisão: 00**



FLUXO DIRECIONAL DE INTERNAÇÕES – COVID 19

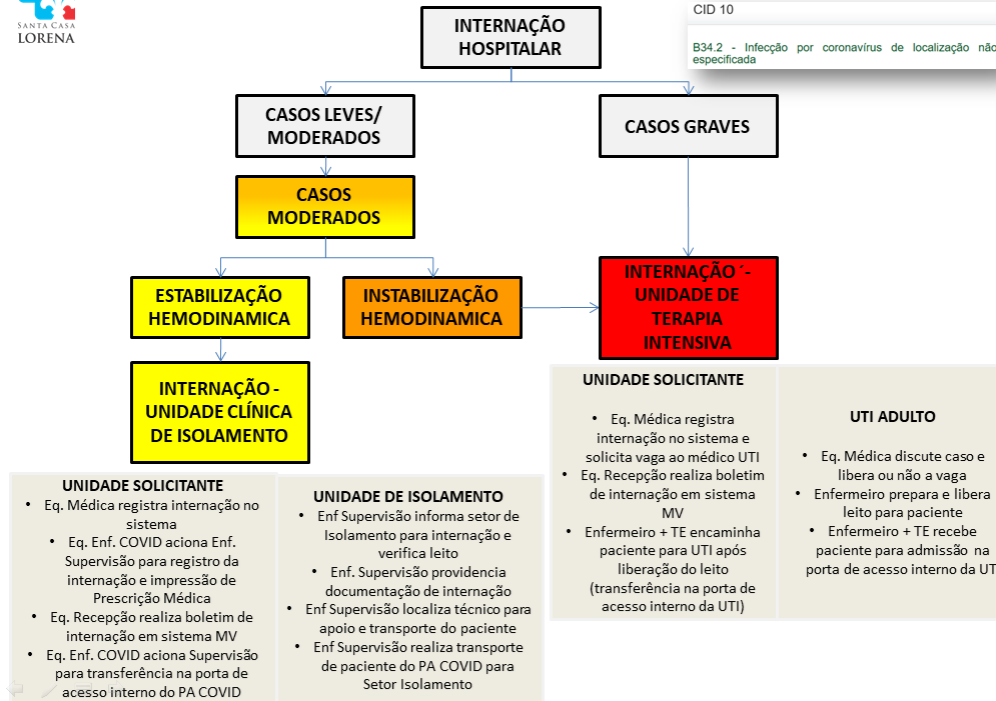


Figura 7 – Fluxo Direcional de Internações

Elaborador/ Rubrica

Verificador/ Rubrica

Aprovador/ Rubrica

4.2. TRATAMENTO PARA PACIENTES SUSPEITOS OU CONFIRMADOS COVID-19

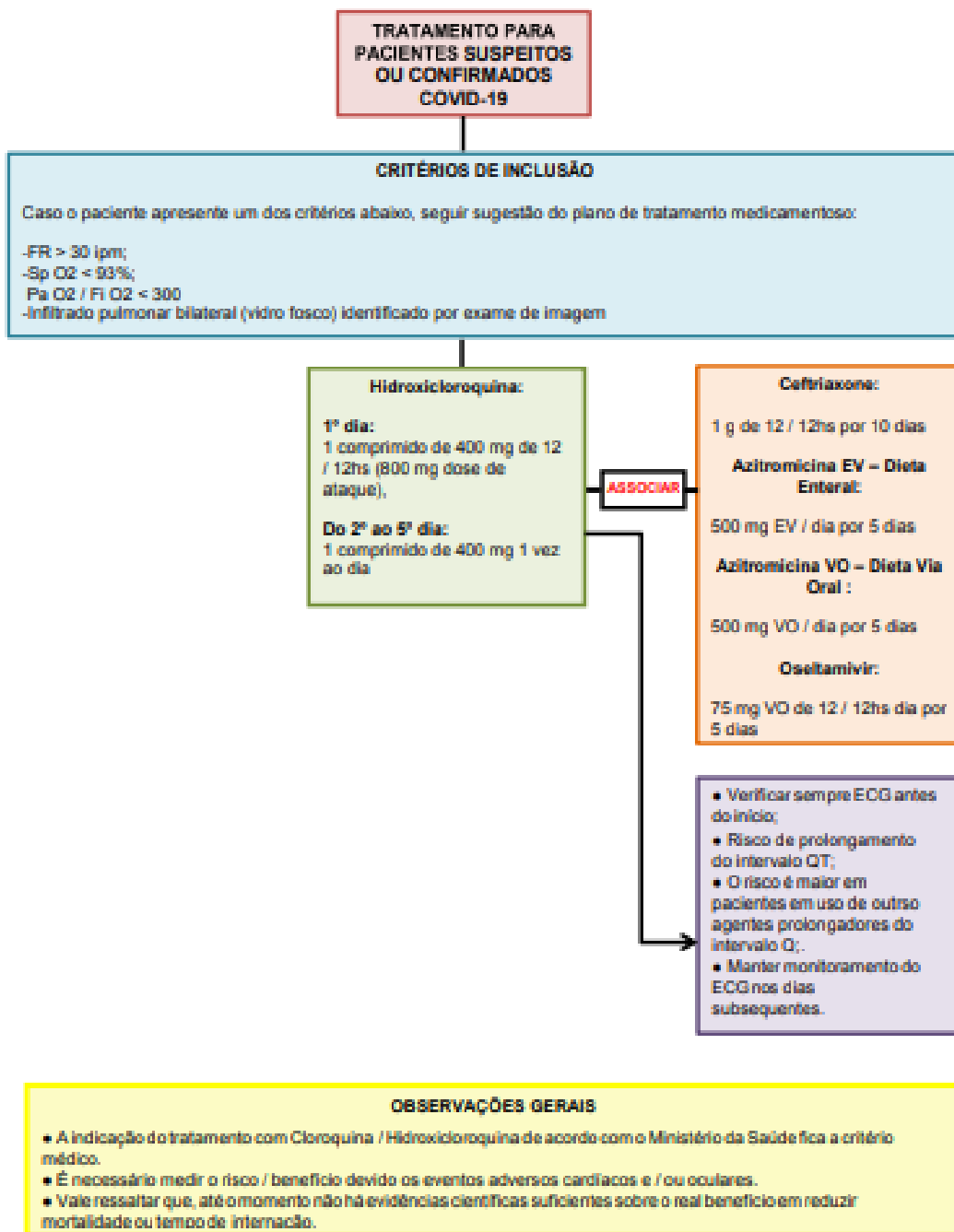



Figura 8 – Tratamento para pacientes suspeitos ou confirmados covid-19

Elaborador/ Rubrica

Verificador/ Rubrica

Aprovador/ Rubrica

**4.3. FLUXO DIRECIONAL DE ATENDIMENTO DE COLABORADORES/
PROFISSIONAIS DE SAUDE – COVID19**

 **FLUXO DIRECIONAL DE ATENDIMENTOS DE COLABORADORES/
PROFISSIONAIS DA SAÚDE – COVID 19**

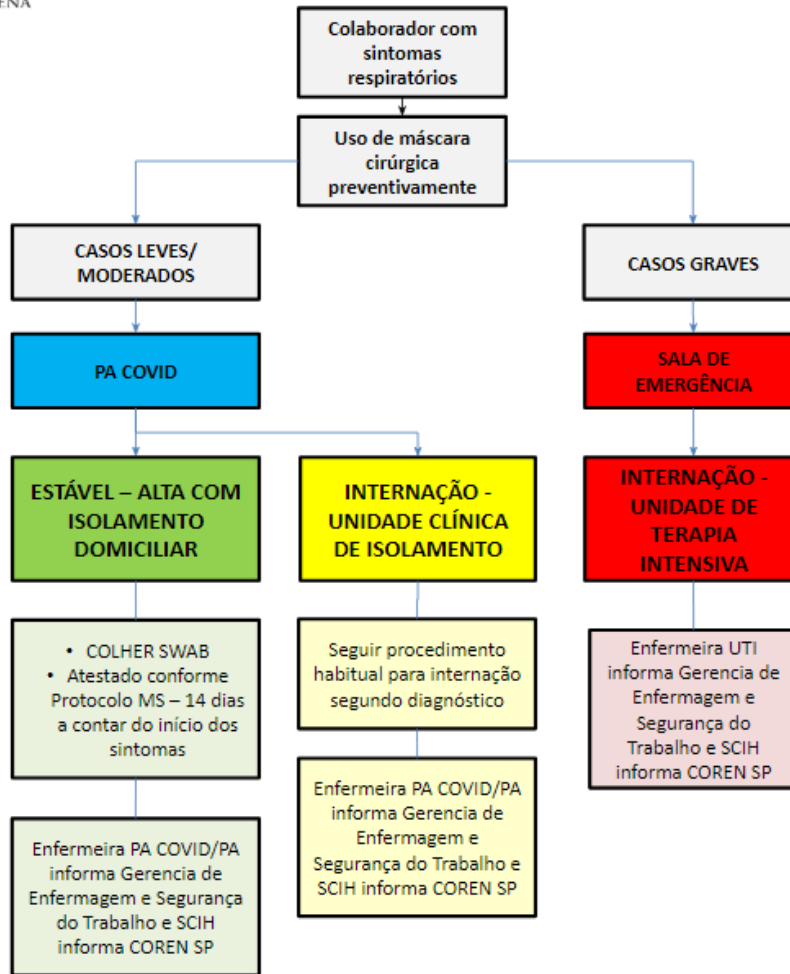


Figura 9 – Fluxo de atendimento a colaboradores SCL

Diante da avaliação médica e descarte de caso suspeito deve-se seguir a recomendação médica segundo diagnóstico específico podendo ou não retornar as atividades laborais de acordo com a definição médica.

7.4 CID E CODIGO DE PROCEDIMENTO REFERENTE AO COVID-19

CID Compatível que será utilizado é o B342 – infecção por coronavírus de localização não especificada.

Elaborador/ Rubrica

Verificador/ Rubrica

Aprovador/ Rubrica

PLANO DE CONTIGÊNCIA COVID 19

Emissão:
25/03/2020
Revisão: 00

Código de procedimento 03.03.01.022-3 - Tratamento de infecção pelo coronavírus – COVID 19.

7.5 NOTIFICAÇÃO DE CASOS

A notificação deve ser feita imediatamente pelo profissional de saúde responsável pelo primeiro atendimento nos casos prováveis ou confirmados, ou graves em que proceder a internação **ANEXO I - FICHA DE REGISTRO INDIVIDUAL – CASOS DE SINDROME RESPIRATORIA AGUDA GRAVE (SRAG) HOSPITALIZADO.**

Os casos leves que forem liberados para isolamento domiciliar devem ser encaminhados para CCIH uma copia da FA com evolução medica contendo quantos dias de sinais e sintomas para acompanhamento

Profissionais de saúde e gestantes com suspeita, mesmo que em isolamento domiciliar, deve ser realizada a notificação, colhido swab nasofaríngeo e retirada copia do prontuário com evolução médica e encaminhar para CCIH.

8 BOLETIM DE INFORMAÇÕES DE PACIENTES

Informativo que deve ser preenchido e atualizado diariamente com as informações, dos números de casos notificados em investigação, casos positivos confirmados por exame e os descartados por exame. Dos pacientes internados em investigação, na uti e enfermaria, e dos óbitos que estão aguardando resultado de confirmação e os confirmados.

9 PROCEDIMENTOS PARA DIAGNÓSTICO LABORATORIAL

A coleta de material para exame laboratorial pode ser realizada através de aspirado de nasofaringe (ANF), ou Swab nasofaríngeo ou amostra de secreção respiratória inferior (escarro ou lavado traqueal ou lavado bronco alveolar).

EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL (EPI) NECESSÁRIOS



Figura 10 – Coletas de material por ANS e SWAB

Elaborador/ Rubrica

Verificador/ Rubrica

Aprovador/ Rubrica



**PLANO DE CONTIGÊNCIA
COVID 19**

**Emissão:
25/03/2020
Revisão: 00**

Paramentar-se vestindo:

- Gorro
- Óculos de proteção
- Mascara N95 ou PFF2
- Máscara cirúrgica
- Avental impermeável de manga longa
- Duas luvas de procedimento

ENVIO DE AMOSTRAS PARA LABORATORIO

As amostras devem ser processadas dentro de 24 a 72h da coleta, mantidas refrigeradas numa temperatura entre 04 -08°C. Caso não consiga enviar dentro deste período é recomendado congelar a amostra a -70° C, até o envio.

6.3 COLETA SWAB NASOROFARINGEO

- Devem ser usados 3 swabs de Rayon (narina direita e esquerda, e orofaríngeo). Não utilizar swabs de algodão, com haste de madeira ou com alginato de cálcio.
- Examinar fossas nasais, caso haja presença de secreção, assuar nariz com lenço de papel descartável. O objetivo é colher esfregaço de células e não secreção nasal.
- Após a introdução, esfregar o coletor com movimentos circulares delicados, pressionando-o contra a parede lateral do nariz (em direção à orelha do paciente). Remover o coletor do nariz do paciente cuidadosamente e introduzi-lo, imediatamente, no tubo com solução fisiológica. Colher swab nas duas narinas (um swab para cada narina).
- Após a coleta do swab nasal, proceder à coleta do swab de orofaringe introduzindo o swab maior na região posterior da faringe e tonsilas, evitando tocar na língua.
- Após a coleta, inserir os três swabs no tubo de Falcon contendo 3ml de solução fisiológica.
- Acondicionar os frascos contendo os swabs em saco plástico transparente descartável antes de acondicioná-los na caixa térmica para transporte. Após o uso, a mesma deverá sofrer desinfecção com álcool 70% ou solução clorada a 1%.

Elaborador/ Rubrica

Verificador/ Rubrica

Aprovador/ Rubrica

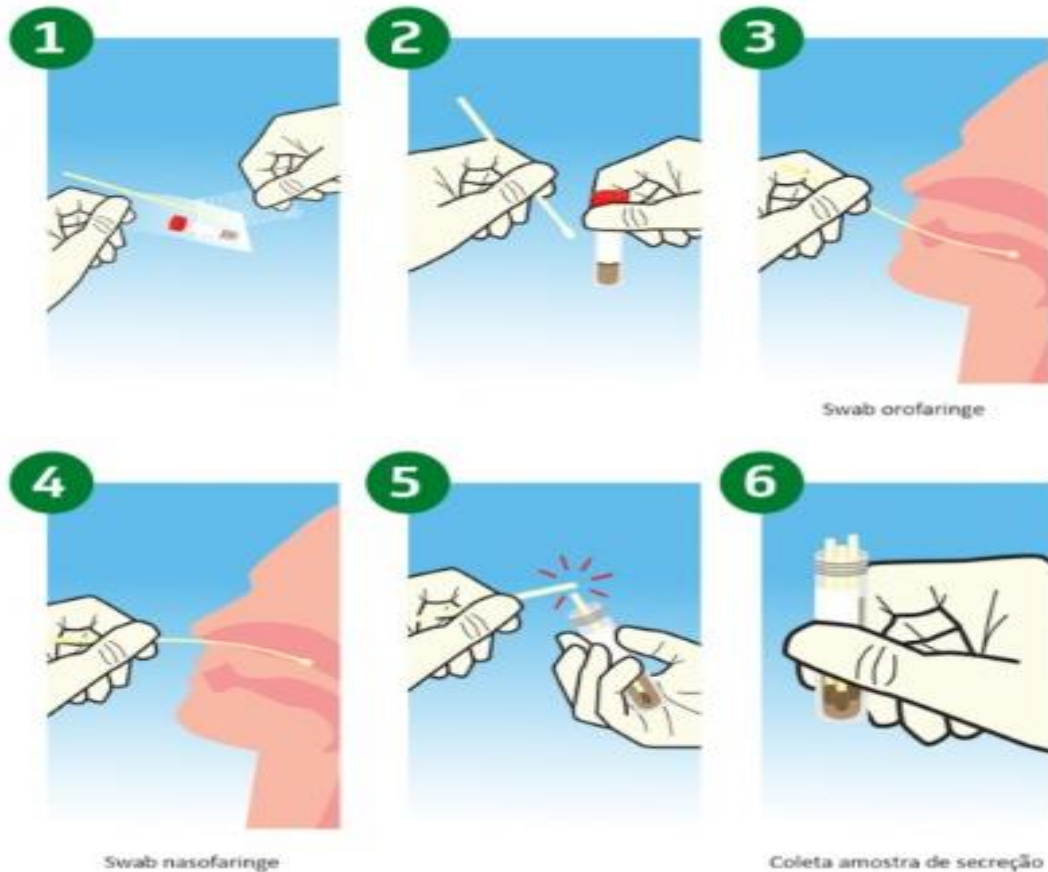


Figura 11 – Passo a passo coleta SWAB Orofaringe e Nasofaringe

6.4 ASPIRADO NASOFARINGEO (ANF)

A coleta do ANF é um processo indolor, podendo apenas provocar lacrimejamento reflexo.

O coletor descartável de muco deve ser acoplado a uma sonda uretral nº 6. A aspiração pode ser realizada com bomba aspiradora portátil ou vácuo de parede hospitalar. Não utilizar uma pressão de vácuo muito forte.

Durante a coleta, a sonda é inserida na narina até atingir a região da nasofaringe (6 a 8 cm), quando então o vácuo é aplicado aspirando a secreção para o interior do coletor. Esse procedimento deverá ocorrer em ambas as narinas, mantendo movimentação da sonda para evitar que haja pressão diretamente sobre a mucosa, evitando sangramento.

Alternar a coleta nas duas fossas nasais até obter um volume suficiente,

Elaborador/ Rubrica

Verificador/ Rubrica

Aprovador/ Rubrica

aproximadamente 1 mL de ANF.

O vácuo deve ser aplicado após a sonda localizar-se na nasofaringe, tendo em vista que, se no momento da introdução da sonda houver vácuo, poderá ocorrer lesão da mucosa.

Após obter secreção de ambas as narinas, aspirar o meio de transporte viral para o interior do coletor com a mesma sonda. Descartar a sonda em lixo adequado e vedar o orifício do coletor com a extremidade da borracha. Acondicionar o coletor em saco plástico transparente descartável antes de acondicioná-lo na caixa térmica para transporte. Após o uso, a mesma deverá sofrer desinfecção com álcool 70% ou solução clorada a 1%

Observação: Os profissionais devem ficar atentos à retirada da sonda de ANF, pois a extremidade introduzida nas vias respiratórias do paciente contém material nasofaríngeo potencialmente contaminado em sua parte externa.



Figura 12 – Coleta de aspirado nasofaríngeo

10 GESTANTES COM SUSPEITA OU CONFIRMAÇÃO DE COVID-19

As gestantes que procurarem o serviço de saúde com queixas referentes a suspeita de COVID serão encaminhadas para entrada do PA COVID-19, somente irão ao PSO caso sejam queixas relacionadas a gestação.

7.2 ASSISTENCIA A GESTANTE COM SUSPEITA OU CONFIRMAÇÃO DE COVID-19

RN prematuro tardio e termo que esteja clinicamente bem irá para alojamento conjunto, seguindo as orientações do fluxograma abaixo, apenas será iniciada a amamentação no momento em que as medidas de higiene e prevenção de contaminação estejam realizadas (Higiene das mão, quarto privativo, com

Elaborador/ Rubrica

Verificador/ Rubrica

Aprovador/ Rubrica

precaução de contato e EPI's devidamente colocados).

RN prematuro abaixo de 34 semanas ou terno clinicamente instável, será encaminhado para UTI neonatal.

Não está indicada a triagem laboratorial para investigação de COVID em RN assintomático

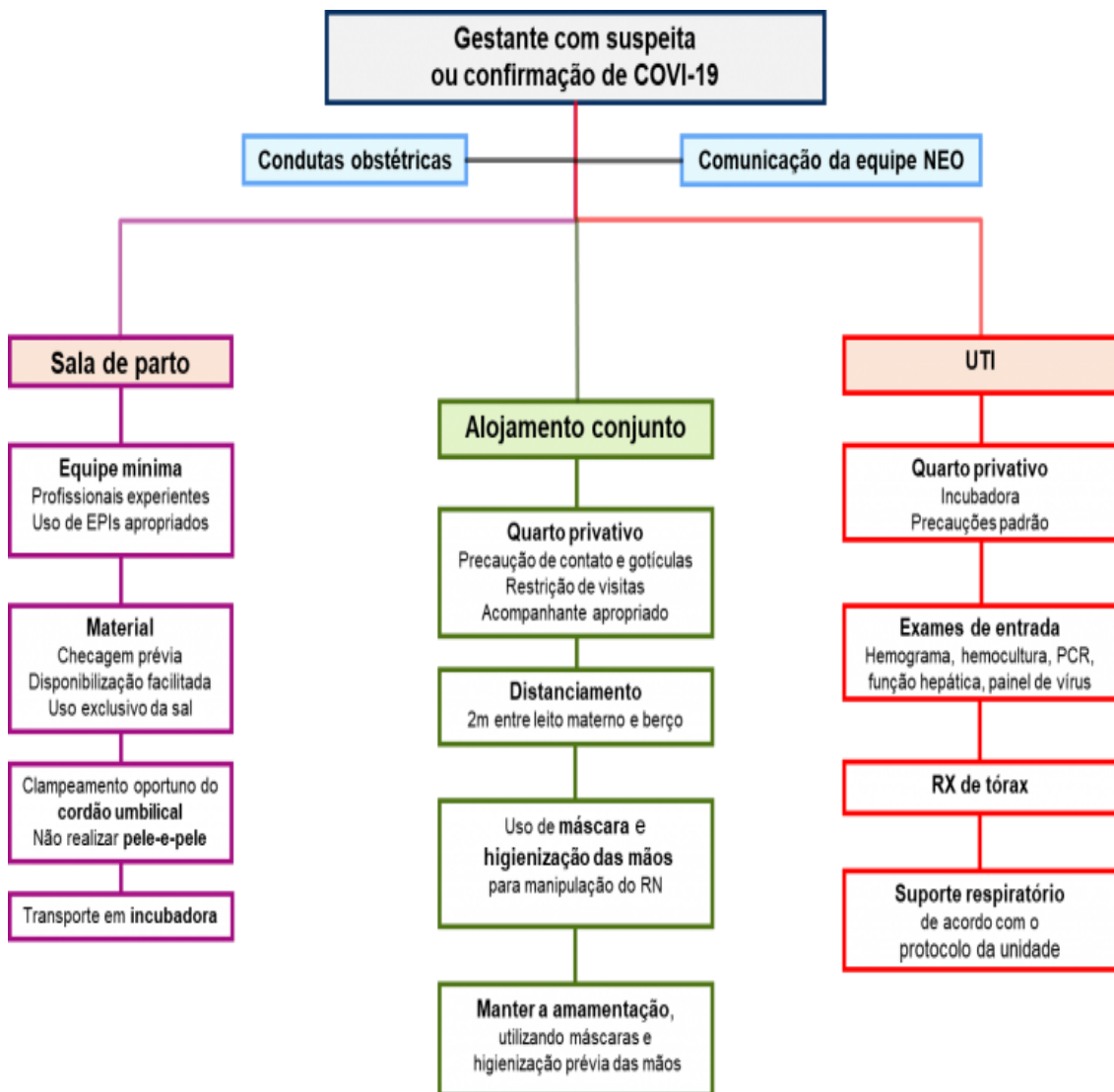


Figura 13 – Atendimento de gestante com suspeita ou confirmação COVID19.
Fonte: recomendações para cuidados e assistência ao recém-nascido com suspeita ou diagnóstico de covid-19 – 06/04/2020

Elaborador/ Rubrica

Verificador/ Rubrica

Aprovador/ Rubrica

**PLANO DE CONTIGÊNCIA
COVID 19**Emissão:
25/03/2020
Revisão: 00**10 PROTOCOLO DE INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL PARA
CASO SUPEITO OU CONFIMADO**

Em grandes epidemias virais existem evidências sobre a contaminação dos profissionais de saúde. Considerando que a abordagem definitiva da via aérea é um procedimento gerador de aerossóis, deve-se minimizar a exposição dos profissionais. A fim de evitar uma possível contaminação, participarão do procedimento apenas o médico, o enfermeiro e o fisioterapeuta. O ideal é que o médico seja experiente em manejo de vias aéreas críticas para evitar potencial de exposição, além de maximizar o sucesso em primeira tentativa, e estar apto a realizar a cricotireoidostomia caso necessário.

Material necessário para intubação (incluindo via aérea difícil):

- Deve ser separado e identificado, e uma vez aberto, descartado.
- O uso do videolaringoscópios tem sido preconizado como primeira escolha na intubação desses pacientes, uma vez que o uso do EPI dificulta a visualização, além do mesmo possuir lâminas descartáveis, o que evitaria chance de contaminação.
- O uso de pinças retas fortes é importante para clampar o tubo quando houver necessidade de mudança de circuitos/ventiladores, com o objetivo de minimizar a aerossolização. Pelo mesmo motivo deve-se considerar a conexão direta ao ventilador de transporte que deve utilizar o mesmo circuito dos ventiladores da unidade de terapia intensiva de referência. Para confirmar a intubação orotraqueal é imprescindível a capnografia, principalmente no contexto de visualização difícil causada pelo uso do EPI.

INDICAÇÃO DE INTUBAÇÃO IMEDIATA

Macro > 5l para manter So_2 93% ou FR >30 ou PCO_2 >50 ou PH <7,25

RESOLUÇÃO DA AMIB PARA SEQUENCIA RÁPIDA DE INTUBAÇÃO

1-Lidocaina: 03 min antes para evitar reflexo faríngeo 1-5mg/kg

2- Quetamina (sedação) 1,5 a 2 mg/ kg podendo ser feito em rebolus

3-succinilcolina 1mg/kg ou Rocuronio 1,2mg/kg (indução)

NÃO FAZER VNI**NÃO AMBUZAR**

Elaborador/ Rubrica

Verificador/ Rubrica

Aprovador/ Rubrica

KIT DE INTUBAÇÃO ADULTO					
MATERIAL	DROGAS			EQUIPAMENTOS	
5 kits epi completos	Rocuronio	10mg/m	X2	Circuito Ventilação Mecânica	
Bougie + fio guia	Succinilcolina	100mg	X2	Ventilador de Transporte, Monitor de Transporte + capnógrafo	
Videolaringoscópio (lâminas decartáveis 3-4)	Cetamina	50mg/ml	X1	Bomba infusora com 3 canais ou 3 bombas infusoras	
Laringoscópio comum (lâmina reta 4 – lâmina curva 3-4)	Midazolam 5mg/ml	3ml	X1		
Tubo orotraqueal 7-0, 7-5, 8-0, 8-5	Fentanil 50mcg/ml	2ml	X1		
Filtro hepa x2	Cristaloide	500ml	X4		
BISTURI n°22 + TUBO 6-0 ou kit cricostomia padrao	SF 0,9%	100ml	X1		
PINÇA RETA FORTE – Kosher ou Kelly	SG 5%	100ml	X1		
Cuffômetro -	Norepinefrina-	8mg/4ml	X2		
Estetoscópio	Lidocaína	2%sem vasoconstrictor	X1		

PARAMETROS DO VENTILADOR

PCV ou VCV que garanta volume corrente de 06ml/kg

Driving pressure(pressão de pico do ventilador-peep) tem que ser menor que 15 para evitar lesão alveolar;

FR 20-35 para manter PCO2 45-55 na gasometria arterial

Peep: mais baixa possível. Nos casos P/F ser menor que 150 calcular a peep

Elaborador/ Rubrica

Verificador/ Rubrica

Aprovador/ Rubrica



**PLANO DE CONTIGÊNCIA
COVID 19**

**Emissão:
25/03/2020
Revisão: 00**

pela tabela de SDRA

Caso não apresente melhora, posicionar paciente na posição prona por 16h e reavaliar.

P/F <80 por 3h ou <100 por 6h: ECMO

11 PROCESSAMENTO DE PRODUTOS PRA SAUDE

Não há orientações especiais quanto ao processamento de equipamentos, produtos para saúde ou artigos utilizados na assistência a casos suspeitos ou confirmados do novo coronavírus.

9.4 LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE SUPERFÍCIES

Recomenda-se que a limpeza das áreas de isolamento seja concorrente, imediata ou terminal.

Deve-se redobrar a limpeza em maçanetas, torneiras e equipamentos que entrem em contato com paciente.

Profissional responsável pelo pronto Socorro Covid deverá usar os EPI's descritos no item 3.4. A desinfecção das superfícies deve ser realizada com solução clorada a 1%, ou álcool 70%.

9.5 PROCESSAMENTO DE ROUPAS

Na retirada da roupa suja deve haver o mínimo de agitação e manuseio, fechando-se o saco e acondicionando-o em contêiner com tampa para o transporte.

9.6 TRATAMENTO DE RESÍDUOS

De acordo com o que se sabe até o momento, o novo coronavírus (2019-nCoV) pode ser enquadrado como agente biológico classe de risco 3, seguindo a Classificação de Risco dos Agentes Biológicos, publicada em 2017, pelo Ministério da Saúde, sendo sua transmissão de alto risco individual e moderado risco para a comunidade. Portanto, todos os resíduos provenientes da assistência a pacientes suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus (2019-nCoV) devem ser enquadrados na categoria A1, conforme Resolução RDC/Anvisa no 222, de 28 de março de 2018.

Os resíduos devem ser acondicionados, em saco vermelho, que devem ser substituídos quando atingirem 2/3 de sua capacidade ou pelo menos uma vez a cada 48 horas e identificados pelo símbolo de substância infectante, com rótulos de fundo branco, desenho e contornos pretos. Os sacos devem estar contidos

Elaborador/ Rubrica

Verificador/ Rubrica

Aprovador/ Rubrica



**PLANO DE CONTIGÊNCIA
COVID 19**

**Emissão:
25/03/2020
Revisão: 00**

em recipientes de material lavável, resistente à punctura, ruptura, vazamento e tombamento, com tampa provida de sistema de abertura sem contato manual, com cantos arredondados. Esses resíduos devem ser tratados antes da disposição final ambientalmente adequada.

18. CUIDADOS COM O CORPO PÓS-ÓBITO EM CASOS SUSPEITOS OU CONFIRMADOS DE COVID

São os cuidados dispensados ao corpo após a constatação médica de óbito, para contenção de sangue e fluidos corporais do corpo humano em casos suspeitos ou confirmados de COVID-19 a fim de Evitar extravasamento de produtos orgânicos procedentes no organismo humano, com o mínimo de manipulação necessário e segurança aos profissionais que manipularam o corpo.

O profissional deve manter o máximo de cuidado ao manipular o corpo após a morte devido aos riscos de contaminação, e ao retirar EPI's. Realizar anotação no prontuário do Paciente, anotando, data e nome dos funcionários que realizaram o procedimento.

MATERIAL NECESSÁRIO

- Algodão;
- Pinça Cheron;
- Cuba rim;
- Atadura crepe;
- Luva de procedimento.
- Máscara N95
- Máscara cirúrgica
- Gorro
- Óculos de proteção
- Avental impermeável
- Avental descartável
- Lençol de TNT
- Saco impermeável para óbito
- Saco laranja
- 1 lacre numerado
- Hipoclorito a 1% ou Álcool 70%

Elaborador/ Rubrica

Verificador/ Rubrica

Aprovador/ Rubrica



**PLANO DE CONTIGÊNCIA
COVID 19**

**Emissão:
25/03/2020
Revisão: 00**

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Reunir todo o material;
- Realizar colocação dos EPI's para iniciar o procedimento;
- Paramentar-se com máscara N95, por cima máscara cirúrgica, gorro, óculos de proteção, avental impermeável e duas luvas de procedimento.
- Estar no quarto apenas os profissionais necessários, utilizando EPI's
- Remover os tubos, drenos e cateteres do corpo com cuidado, devido a possibilidade de contato com os fluidos corporais. O descarte de todo o material ser feito imediatamente em saco laranja.
- Limpar as secreções dos orifícios com solução de hipoclorito ou álcool 70%
- Preencher todos os orifícios do corpo com algodão (narina, boca, ouvido, ânus e vagina) com o auxílio da pinça Cheron;
- Com a atadura de crepe amarrar as mãos, pés e maxilar antes que ocorra a rigidez cadavérica;
- Realizar identificação do corpo
- Enrolar o corpo com um lençol de TNT;
- Colocar em 2 sacos impermeável para óbito, identificar externamente com Agente Biológico classe risco 03;
- Inserir lacre numerado nos dois fechos do zíper;
- Realizar limpeza externa do saco e maca própria para encaminhar corpo ao necrotério com hipoclorito 1% ou álcool 70%;
- Retirar e descartar no saco laranja, avental impermeável, luvas utilizadas e máscara cirúrgica;
- Realizar higiene das mãos
- Calçar novo par de luvas e avental descartável;
- Encaminhar o corpo para o necrotério, com uma cópia do Aviso de Óbito;
- Lavar as mãos.

Elaborador/ Rubrica

Verificador/ Rubrica

Aprovador/ Rubrica

**PLANO DE CONTIGÊNCIA
COVID 19**

Emissão:
25/03/2020
Revisão: 00

19. **INVENTÁRIO DE RESPIRADORES**

INVENTÁRIO DE RESPIRADORES

Número de série	Modelo	Setor	Situação
140510221080	DX 3012	UTI neonatal	OK
20080800947	Interneo	UTI neonatal	OK
20080800950	Interneo	UTI neonatal	OK
15010502949	Inter 5	UTI neonatal	OK
140510211080	DX 3012	UTI neonatal	OK
20080800948	Interneo	UTI neonatal	OK
140610121080	DX 3012	Pronto Socorro	OK
140610111080	DX 3012	UTI adulto	OK
60310701070	DX 3010	UTI adulto	OK
101010371080	DX 3012	UTI neo	OK
101010341080	DX 3012	UTI adulto	OK
140610131080	DX 3012	UTI adulto	OK
71010481070	DX 3010	UTI adulto	OK
101035	DX 3012	UTI adulto	OK
140610141080	DX 3012	UTI adulto	OK
60310691070	DX 3010	Pronto Socorro	OK
140610151080	DX 3012	UTI adulto	OK

Elaborador/ Rubrica

Verificador/ Rubrica

Aprovador/ Rubrica

**PLANO DE CONTIGÊNCIA
COVID 19**Emissão:
25/03/2020
Revisão: 00

140510231080	DX 3012	Pronto Atendimento	OK
111111231080	DX 3012	Clínica Médica	OK
70310321070	DX 3010	Clínica Cirúrgica	OK
1082(2648)	Microtak	Transporte	OK

Hospital conta com 21 respiradores.

20. CONDUTA FRENTE AO ÓBITO PACIENTE SUSPEITO COVID19

Conforme Decreto Municipal n.º 7.415 de 13/04/2020.

21. INFORMAÇÕES DO SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

Quais os documentos preenchidos e para onde são encaminhados?

- Boletim Informativo Interno - Serviço De Controle De Infecção – Enviado diariamente ao COMITE CONTINGENCIA COVID (Anexo III)

22. INFORMAÇÕES À MIDIA

Todo e qualquer tipo de informação, impressa ou eletrônica (como documentos, e-mails, relatórios, formulários, fitas de backup, dados de sistemas etc.) só poderá ser fornecida mediante autorização da administração e em concordância com as informações oficiais da Secretaria Municipal de Saúde.

23. COMPOSIÇÃO DO COMITE CONTINGENCIA COVID 19

Dario Barbosa Costa – Superintendente Hospitalar

Dr Luiz Guilherme – Diretor Técnico

Dr Antônio – Diretor Clínico

Dr Henrique Franco – Coordenador Médico Pronto Socorro

Elaine Cristina Virgínio – Gerencia de Enfermagem

Valéria de Siqueira Mota Lino – Enfermeira Serviço de Controle de Infecção

Elaborador/ Rubrica

Verificador/ Rubrica

Aprovador/ Rubrica


PLANO DE CONTIGÊNCIA
COVID 19

Emissão:
25/03/2020
Revisão: 00

24. ANEXOS

ANEXO I - FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL CASO DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE (SRAG-HOSPITALIZADO)

Nº _____


 MINISTÉRIO DA SAÚDE
 SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

SIVEP Gripe
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DA GRIPE

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 dispnéia ou saturação de O₂ < 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 1ºs sintomas da SRAG:
3	UF:	4	Município:
		Código (IBGE):	
5	Unidade de Saúde:	Código (CNES):	
6 CPF do cidadão: _____			
7 Nome: _____			
8 Sexo: <input type="checkbox"/> 1-Masc. <input type="checkbox"/> 2-Fem. <input type="checkbox"/> 9-Ign.		11 Gestante: <input type="checkbox"/>	
9 Data de nascimento: _____		10 (ou) Idade: _____ 1-Dia 2-Mês 3-Ano	
12 Raça/Cor: <input type="checkbox"/> 1-Branca <input type="checkbox"/> 2-Preta <input type="checkbox"/> 3-Amarela <input type="checkbox"/> 4-Pará <input type="checkbox"/> 5-Indígena <input type="checkbox"/> 9-Ignorado		11 Gestante: <input type="checkbox"/> 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4-Idade Gestacional Ignorada 5-Não 6-Não se aplica 9-Ignorado	
13 Se indígena, qual etnia? _____			
14 Escolaridade: <input type="checkbox"/> 0-Sem escolaridade/Analfabeto <input type="checkbox"/> 1-Fundamental 2º ciclo (1ª a 5ª série) <input type="checkbox"/> 2-Fundamental 2º ciclo (6ª a 8ª série) <input type="checkbox"/> 3-Médio (1ª ao 3ª ano) <input type="checkbox"/> 4-Superior <input type="checkbox"/> 5-Não se aplica <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> 1-Urbs <input type="checkbox"/> 2-Rural <input type="checkbox"/> 9-Inválida <input type="checkbox"/> 9-Ignorado		25 País: (se residente fora do Brasil) _____	
26 Paciente tem histórico de viagem internacional até 14 dias antes do início dos sintomas? <input type="checkbox"/> 1-Sim <input type="checkbox"/> 2-Não <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> 1-Sim <input type="checkbox"/> 2-Não <input type="checkbox"/> 9-Ignorado			
32 Trata-se de caso nosocomial (infecção adquirida no hospital)? <input type="checkbox"/> 1-Sim <input type="checkbox"/> 2-Não <input type="checkbox"/> 9-Ignorado			
33 Paciente trabalha ou tem contato direto com aves ou suínos? <input type="checkbox"/> 1-Sim <input type="checkbox"/> 2-Não <input type="checkbox"/> 9-Ignorado			
34 Sinais e Sintomas: <input type="checkbox"/> 1-Sim <input type="checkbox"/> 2-Não <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> 1-Sim <input type="checkbox"/> 2-Não <input type="checkbox"/> 9-Ignorado Se sim, qual(is)? (Marcar X) <input type="checkbox"/> Puérpera (até 45 dias do parto) <input type="checkbox"/> Doença Cardiovascular Crônica <input type="checkbox"/> Doença Hematológica Crônica <input type="checkbox"/> Síndrome de Down <input type="checkbox"/> Doença Hepática Crônica <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> Doença Neurológica Crônica <input type="checkbox"/> Outra Pneumopatia Crônica <input type="checkbox"/> Imunodeficiência/Imunodepressão <input type="checkbox"/> Doença Renal Crônica <input type="checkbox"/> Obesidade, IMC _____ <input type="checkbox"/> Outros _____			
36 Recebeu vacina contra Gripe na última campanha? <input type="checkbox"/> 1-Sim <input type="checkbox"/> 2-Não <input type="checkbox"/> 9-Ignorado		37 Data da vacinação: _____	
Se < 6 meses: a mãe recebeu a vacina? <input type="checkbox"/> 1-Sim <input type="checkbox"/> 2-Não <input type="checkbox"/> 9-Ignorado		Se sim, data: _____	
a mãe amamenta a criança? <input type="checkbox"/> 1-Sim <input type="checkbox"/> 2-Não <input type="checkbox"/> 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 1ª dose: _____ (1ª dose para crianças vacinadas pela primeira vez) Data da 2ª dose: _____ (2ª dose para crianças vacinadas pela primeira vez)			

Elaborador/ Rubrica

Verificador/ Rubrica

Aprovador/ Rubrica

PLANO DE CONTIGÊNCIA
COVID 19Emissão:
25/03/2020
Revisão: 00


Dados de Atendimento	38 Usou antiviral para gripe? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	39 Qual antiviral? <input type="checkbox"/> 1-Osetamivir 2-Zanamivir 3-Outro, especifique: _____	40 Data início do tratamento _____ _____ _____
	41 Houve internação? <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"/> 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"/> 1-Sim, invasivo 2-Sim, não invasivo 3-Não 9-Ignorado	50 Raio X de Tórax: <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"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	53 Data da coleta: _____ _____ _____	54 Tipo de amostra: <input type="checkbox"/> 1-Secreção de Nariz-orofaringe 2-Lavado bronco-alveolar 3-Tecido post-mortem 4-Outra, qual? _____ 9-Ignorado
	55 Nº Requisição do GAL: _____		
56 Resultado da IF/outro método que não seja Biologia Molecular: <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"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se sim, qual influenza? <input type="checkbox"/> 1-Influenza A 2-Influenza B Positivo para outros vírus? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se outros vírus respiratórios qual(is)? (marcar X) <input type="checkbox"/> Vírus Sincicial 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: _____			
Dados Laboratoriais	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"/> 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"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se sim, qual influenza? <input type="checkbox"/> 1-Influenza A 2-Influenza B Influenza A, qual subtipo? <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"/> 1-Victoria 2-Yamagata 3-Não realizado 4-Inconclusivo 5-Outro, especifique: _____ Positivo para outros vírus? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se outros vírus respiratórios, qual(is)? (marcar X) <input type="checkbox"/> Vírus Sincicial 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"/> 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"/> 1-Laboratorial 2-Vínculo-Epidemiológico 3-Clinico
	66 Evolução do Caso: <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/Matricula: _____ _____ _____ _____ _____	

Elaborador/ Rubrica

Verificador/ Rubrica

Aprovador/ Rubrica

**PLANO DE CONTIGÊNCIA
COVID 19**Emissão:
25/03/2020
Revisão: 00**ANEXO II - TERMO DE ORIENTAÇÃO PARA SÍNDROME GRIPAL(SG) OU
SUSPEITA COVID**

	TERMO DE ORIENTAÇÃO PARA SÍNDROME GRIPAL OU SUSPEITA DE COVID-19
---	---

Nome: _____	DN: ____/____/____
Sector: _____	Data de Atendimento: ____/____/____


- **FORNECIDO (Em Anexo):**
- ATESTADO
 - RECEITUÁRIO COM PRESCRIÇÃO DE TAMIFLU/ OSELTAMIR - 2 VIAS
 - NÃO SE APLICA

ORIENTAÇÕES

- Não sair de casa durante o período do atestado e sintomas respiratórios: **MANTER ISOLAMENTO DOMICILIAR;**
- Utilizar máscara simples ao ter contato com outras pessoas e realizar troca de máscara a cada 4 (quatro) horas de uso;
- Evitar transporte coletivo e aglomerações;
- **NÃO FREQUENTAR** locais públicos, fechados ou qualquer outro local durante o isolamento social orientado pelo médico;
- Manter o ambiente domiciliar e objetos higienizados com Hipoclorito a 1%;
- Orientar que um familiar que não estiver em isolamento social retire os medicamentos prescritos pelo médico no ato da consulta.

Via do Paciente

Entregar o Termo para o Paciente e/ou Responsável, devidamente preenchido.

	TERMO DE ORIENTAÇÃO PARA SÍNDROME GRIPAL OU SUSPEITA DE COVID-19	FORM-SCIH-003 Emissão: 18/03/2020 Revisão: 00 18/03/2022
---	---	---

PROTOCOLO DE RECEBIMENTO

Eu, _____,

CPF _____, por meio deste instrumento declaro que recebi as orientações fornecidas, pela Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Lorena, em virtude de minha sintomática apresentada.

Comprometo-me, por meio deste a seguir as orientações e cumprir o Isolamento Social durante o período estipulado pelo médico.

OSELTAMIVIR: SIM NÃO

DATA: ____/____/____

Assinatura do Paciente

Assinatura e Carimbo do Médico

Via de Instituição

Preencher com os dados, data, assinar e anotar ao protocolo.

Elaborador/ Rubrica

Verificador/ Rubrica

Aprovador/ Rubrica



Protocolo Multidisciplinar

FST-PO-000

**PLANO DE CONTIGÊNCIA
COVID 19**

Emissão:
25/03/2020
Revisão: 00

**ANEXO III - BOLETIM INFORMATIVO INTERNO - SERVIÇO DE CONTROLE
DE INFECÇÃO**



Elaborador/ Rubrica

Verificador/ Rubrica

Aprovador/ Rubrica



**PLANO DE CONTIGÊNCIA
COVID 19**

Emissão:
25/03/2020
Revisão: 00

10 REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Informes técnicos. Protocolo de Tratamento do Novo Coronavírus (2019-nCoV). Brasília-DF 2020. Disponível em: <https://portalquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/05/Protocolo-de-manejo-clinico-para-o-novo-coronavirus-2019-ncov.pdf>
- BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). PROTOCOLO DE MANEJO CLÍNICO CORONAVÍRUS (COVID-19) NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE. Disponível em : <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/marco/20/20200318-ProtocoloManejo-ver002.pdf>.
- BRASIL, Ministério da saúde. Protocolo de Manejo Clínico da Covid-19 na Atenção Especializada. 1ª edição revisada. Brasília 2020. Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/especial/covid19/pdf/105>
- Ministério da saúde declara transmissão comunitária. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/46568-ministerio-da-saude-declara-transmissao-comunitaria-nacional>
- Recomendacoes para cuidados e assistência ao recém nascido com suspeita ou diagnostico de covid-19 SPSP – Sociedade de Pediatria de São Paulo. Texto divulgado em 25/03/2020 (2ª versão – atualizada em 06/04/2020). Disponível em: <https://www.spsp.org.br/2020/04/06/recomendacoes-para-cuidados-e-assistencia-ao-recem-nascido-com-suspeita-ou-diagnostico-de-covid-19-06-04-2020/>
- PROTOCOLO DE INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL P/ CASO SUSPEITO OU CONFIRMADO DE COVID-19. ABRAMED ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE MEDICINA DE EMERGENCIA, AMIB, AMB

Elaborador/ Rubrica

Verificador/ Rubrica

Aprovador/ Rubrica