



PREFEITURA DE
CONTAGEM

NOTIFICAÇÃO DE INFECÇÕES FÚNGICAS INVASIVAS ASSOCIADAS A COVID -19

(Aspergilose Pulmonar Invasiva, Candidemia Sistêmica e Mucormicose)

Dados iniciais

Responsável pela notificação :

Telefone:

Data da notificação:

Unidade de Saúde da última internação ou óbito:

Município desta unidade de saúde: Contagem

Dados do paciente

Nome completo:

Nome da mãe ou responsável:

Sexo: () Masculino () Feminino Data de Nascimento: Idade:

Endereço de residência:

Bairro:

Telefones:

Município de residência:

UF:

Ocupação:

História do caso

Data do início dos sinais e sintomas:

Identifique o serviço onde o paciente foi atendido: () Serviço público () Serviço privado

Nome do Hospital:

Tempo do início dos sinais/sintomas até a internação: _____

Ficou em UTI: ()SIM ()NÃO

Data do diagnóstico de COVID-19: : ___/___/___

Data da alta: ___/___/___ Tempo de internação: Data do óbito:

Qual(is) a(s) suspeita(s) clínica(s) no primeiro atendimento: dengue B, Hepatite a esclarecer.

Doenças prévias, comorbidades e uso de medicação – Assinale: 1 = SIM ou 2 = NÃO

() Hipertensão () Imunodeprimido () Uso **regular/crônico** de medicamentos

() Pneumopatia crônica (Enfisema, () Gestante (*especificar:* _____
DPOC, Fibrose pulmonar, etc.) () Tabagismo _____

() Asma () Cardiopatia _____

() Diabetes () Outras doenças prévias, _____
() Doença renal crônica comorbidades ou situações incomuns _____
ou de risco _____

() Relato de dependência de álcool (*especificar:* _____
ou drogas _____
_____)

Sumário do caso - Sinais e sintomas iniciais

Sumário do caso - Evolução Clínica

Sinais e Sintomas - Assinale: (1)SIM (2)NÃO ou (9)ignorado*

* **Atenção: o uso da opção "9" implicará APENAS que a) não houve dados no prontuário ou b) nem o médico nem a família souberam informar**

- Febre refratária por mais de 3 dias ou uma nova febre após um período de defervescência de mais de 48 horas durante uso de antibioticoterapia adequada, na ausência de qualquer outra etiologia
- Febre sem as características descritas acima
- Prostração (queda acentuada do estado geral)
- Dor aguda e localizada (incluindo dor com irradiação para olho)
- Diarréia
- Vômitos
- Irritabilidade
- Sinais de irritação meníngea (rigidez de nuca, Kerning, Brudzinski)
- Confusão mental
- Convulsões
- Sonolência e/ou Rebaixamento do nível de consciência
- Sinais neurológicos focais, mioclonias, midríase)
- Urina escura e/ou vermelha
- Redução do volume urinário
- Icterícia (amarelo na pele ou nos olhos)
- Dor abdominal
- Emagrecimento

- Derrame Pleural
- Piora da insuficiência respiratória, apesar da antibioticoterapia e suporte ventilatório (por exemplo, taquipneia, tipo de padrão respiratório ou aumento das necessidades de oxigênio)
- Dor facial aguda e localizada (incluindo dor com irradiação para olho) ou dor facial intensa
- quadro de sinusite aguda/subaguda com imagem mostrando sinusite
- úlcera nasal com exsudato negro
- edema de face, assimetrias
- dor ocular
- ptose palpebral
- alterações visuais, amaurose, congelamento de movimentos oculares
- hematomas e necrose ao redor do nariz
- Hepatomegalia
- Esplenomegalia
- Ascite
- Outras manifestações:

Informações epidemiológicas - Assinale: (1)SIM (2)NÃO ou (9)ignorado

- O paciente foi vacinado para COVID-19 (Data da primeira dose: _____ Data da segunda dose: _____)
- Nome da vacina utilizada: _____
- Viagens recentes (últimos três meses)? (especificar local e data do retorno: _____)

Principais Hipóteses diagnósticas registradas nos prontuários e fichas de pronto atendimento

1.	4.
2.	5.
3.	6.

Coleta de exames

Foi colhido material para diagnóstico etiológico? (1) 1- SIM 2- NÃO

Quais? () sangue para hemocultura () soro () líquido () biópsias(*informar material biopsiado:*
_____)

(5) outro(s) – *especifique:*

Em caso de ocorrência de óbito, informe:

O caso foi notificado: () antes do óbito () após o óbito () Não houve óbito

Foi realizada coleta de amostras *post mortem*? () 1- SIM 2- NÃO

Qual material? () sangue para hemocultura () soro () líquido () vísceras: (*informar qual(is):* _____)

(5) outro(s) – *especifique:* _____

Causa Básica – Declaração de óbito (Anotar os diagnósticos da D.O. na ordem escrita na declaração)

a. _____ devido a ou como consequência de...

b. _____ devido a ou como consequência de...

c. _____ devido a ou como consequência de...

d. _____

Outras condições significativas que contribuíram para o óbito e que não entraram, porém, na cadeia acima:

Observações e outras informações que o profissional de saúde julgar pertinentes:

Encerramento do caso

(1) Covid-19 infecção aguda (5) Mucormicose. Observações sobre o encerramento do caso

(2) Covid-19 sequelas Localização:

(3) Aspergilose pulmonar
invasiva

(4) Candidemia disseminada

Critério de confirmação: () – Laboratorial () – Não laboratorial

Se o critério de confirmação foi não laboratorial, especifique o motivo:
