

IDENTIFICAÇÃO

MUNICÍPIO:	COD IBGE:	Data da visita: ___/___/___
UBS/USF:	CNES:	INE:
EQUIPE:	NOME DO ACS:	

DADOS DO DOMICÍLIO VISITADO

ENDEREÇO:	BAIRRO/VILA/ COMUNIDADE:	
1. Número de moradores no domicílio	1.1 Total:	1.2 Com menos de 5 anos: Com mais de 65 anos:

DADOS SOBRE OCORRÊNCIA DE ÓBITO NA FAMÍLIA

2. Ocorreu algum óbito na família desde março de 2020:	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	A causa do óbito pode estar relacionada ao COVID-19?
	Se SIM, data do óbito: ___/___/___	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

DADOS SOBRE OCORRÊNCIA DE SÍNDROME GRIPAL OU COVID-19 NA FAMÍLIA

3. Nos últimos 14 dias, algum membro da família que reside neste domicílio teve diagnóstico ou suspeita de COVID-19 ou teve Sintomas Gripais?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se sim, quantos tiveram? _____
---	---	--------------------------------

ACOMPANHAMENTO DE PESSOAS COM SÍNDROME GRIPAL E CONTACTANTES

4. IDENTIFICAÇÃO	5. SITUAÇÃO DE SAÚDE REFERIDA NOS ÚLTIMOS 14 (catorze) DIAS			6. MORBIDADE e/ou CONDIÇÃO DE RISCO NO MOMENTO	
NOME:	(Marcar X)		Data do sintoma	Marque com um x se SIM	
	SIM	NÃO			
SEXO:	Febre?			HAS	
IDADE:	Tosse?			Diabetes	
OCUPAÇÃO:	Coriza?			Gestante	
	Dor no corpo?			Doença cardíaca	
RAÇA/COR:	Corpo mole/fraqueza?			Imunossupressão	
	Dor de garganta?			Câncer	
TELEFONE:	Enjoo ou vômito?			Obesidade	
	Diarreia?			Tabagismo	
	Perda do paladar e olfato?			Doença Respiratória Descompensada	
	Dificuldade de Respirar?			Outra Doença Crônica	
	Falta de ar?				
7. REALIZAR MENSURAÇÃO SE EQUIPAMENTO DISPONÍVEL E PROFISSIONAL CAPACITADO (Não Obrigatório)				Marque com um x se SIM	
Se oxímetro, a saturação de oxigênio é < 95%?					
Se termômetro, a temperatura é >37,8 °C?					
8. CONTACTANTES EXTERNOS (colegas de trabalho, amigos, etc), se SIM, quantos?					
9. OBSERVAÇÕES:					

ACOMPANHAMENTO DE PESSOAS COM SÍNDROME GRIPAL E CONTACTANTES						
4. IDENTIFICAÇÃO	5. SITUAÇÃO DE SAÚDE REFERIDA NOS ÚLTIMOS 14 (catorze) DIAS			6. MORBIDADE e/ou CONDIÇÃO DE RISCO NO MOMENTO		
NOME:		(Marcar X)		Data do sintoma	Marque com um x se SIM	
		SIM	NÃO			
SEXO:	Febre?				HAS	
IDADE:	Tosse?				Diabetes	
OCUPAÇÃO:	Coriza?				Gestante	
	Dor no corpo?				Doença cardíaca	
RAÇA/COR:	Corpo mole/fraqueza?				Imunossupressão	
	Dor de garganta?				Câncer	
TELEFONE:	Enjoo ou vômito?				Obesidade	
	Diarreia?				Tabagismo	
	Perda do paladar e olfato?				Doença Respiratória Descompensada	
	Dificuldade de Respirar?				Outra Doença Crônica	
	Falta de ar?					
	7. REALIZAR MENSURAÇÃO SE EQUIPAMENTO DISPONÍVEL E PROFISSIONAL CAPACITADO (Não Obrigatório)					Marque com um x se SIM
Se oxímetro, a saturação de oxigênio é < 95%?						
Se termômetro, a temperatura é >37,8 °C?						
8. CONTACTANTES EXTERNOS (colegas de trabalho, amigos, etc), se SIM, quantos?						
9. OBSERVAÇÕES:						

ACOMPANHAMENTO DE PESSOAS COM SÍNDROME GRIPAL E CONTACTANTES						
4. IDENTIFICAÇÃO	5. SITUAÇÃO DE SAÚDE REFERIDA NOS ÚLTIMOS 14 (catorze) DIAS			6. MORBIDADE e/ou CONDIÇÃO DE RISCO NO MOMENTO		
NOME:		(Marcar X)		Data do sintoma	Marque com um x se SIM	
		SIM	NÃO			
SEXO:	Febre?				HAS	
IDADE:	Tosse?				Diabetes	
OCUPAÇÃO:	Coriza?				Gestante	
	Dor no corpo?				Doença cardíaca	
RAÇA/COR:	Corpo mole/fraqueza?				Imunossupressão	
	Dor de garganta?				Câncer	
TELEFONE:	Enjoo ou vômito?				Obesidade	
	Diarreia?				Tabagismo	
	Perda do paladar e olfato?				Doença Respiratória Descompensada	
	Dificuldade de Respirar?				Outra Doença Crônica	
	Falta de ar?					
	7. REALIZAR MENSURAÇÃO SE EQUIPAMENTO DISPONÍVEL E PROFISSIONAL CAPACITADO (Não Obrigatório)					Marque com um x se SIM
Se oxímetro, a saturação de oxigênio é < 95%?						
Se termômetro, a temperatura é >37,8 °C?						
8. CONTACTANTES EXTERNOS (colegas de trabalho, amigos, etc), se SIM, quantos?						
9. OBSERVAÇÕES:						

Instrução de Preenchimento da Ficha B - SG

IDENTIFICAÇÃO

Deve ser preenchido com o nome do **MUNICÍPIO** por extenso, o **CÓDIGO do IBGE** (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) com seis dígitos, **Data da visita** em que a Ficha B – SG foi preenchida pela primeira vez, nome da **UBS/USF** (Unidade Básica de Saúde / Unidade de Saúde da Família) conforme consta no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES), número de **CNES** da UBS/USF, número do **INE** (Identificador Nacional de Equipes) disponível no CNES, nome da **EQUIPE** por extenso e **NOME DO ACS** com sobrenome por extenso.

DADOS DO DOMICÍLIO VISITADO

Deve ser preenchido com o **ENDEREÇO** do domicílio por extenso, com o nome da Rua, Avenida, Travessa, Beco e outros, referindo inclusive o **BAIRRO/ VILA/ COMUNIDADE**.

1. Número de moradores no domicílio

1.1 Total: Colocar o número total de pessoas que residem no domicílio

1.2 Com menos de 5 anos: Colocar o total de pessoas com idade inferior a 5 anos

Com mais de 65 anos: Colocar o total de pessoas com idade superior a 55 anos

DADOS SOBRE OCORRÊNCIA DE ÓBITO NA FAMÍLIA

2. Ocorreu algum óbito na família desde março de 2020.

Se **Não**, passar para a questão seguinte.

Se **Sim**, registrar a data do óbito.

Marcar **Sim**, se óbito foi relacionado a COVID (apresentou mais de um dos sintomas seguintes: Febre, Tosse, Coriza, Dor no corpo, Corpo mole/fraqueza, Dor de garganta, Enjoo ou vômito, Diarreia, Dificuldade de Respirar, Perda do paladar e olfato, Falta de ar).

Marcar **Não**, se o óbito não foi relacionado a COVID, passar para a questão seguinte.

DADOS SOBRE OCORRÊNCIA DE SÍNDROME GRIPAL OU COVID-19 NA FAMÍLIA

3. Nos últimos 14 dias, algum membro da família que reside neste domicílio teve diagnóstico ou suspeita de COVID-19 ou teve Sintomas Gripais?

Responder **Sim** se algum membro da família apresentou (NOS ÚLTIMOS 14 DIAS) sintomas como Febre, Tosse, Coriza, Dor no corpo, Corpo mole/fraqueza, Dor de garganta, Enjoo ou vômito, Diarreia, Dificuldade de Respirar, Perda do paladar e olfato, Falta de ar.

Se **Sim**, informar a quantidade de membros da família que apresentou a sintomatologia e solicitar a presença de todos para preencher as questões de 4 a 9 com cada um dos familiares que apresentou sintomatologia.

Se **Não**, o preenchimento da Ficha B – SG é encerrado.

ACOMPANHAMENTO DE PESSOAS COM SÍNDROME GRIPAL E CONTACTANTES

4. **IDENTIFICAÇÃO**, informar NOME por extenso, SEXO, IDADE, OCUPAÇÃO, RAÇA/COR e TELEFONE referido pelo membro da família que está apresentando sintoma.

5. **SITUAÇÃO DE SAÚDE REFERIDA NOS ÚLTIMOS 14 (catorze) DIAS**, marcar **Não** se o usuário referir que não apresenta o sintoma ou **Sim** se o usuário referir que apresenta o sintoma, nos casos em que o sintoma estiver presente informar a **Data**.

6. **MORBIDADE e/ou CONDIÇÃO DE RISCO NO MOMENTO**, marcar **X** para os casos em que ao usuário referir a presença de uma ou mais das doenças e/ou condição de risco naquele momento.

7. **REALIZAR MENSURAÇÃO SE EQUIPAMENTO DISPONÍVEL E PROFISSIONAL CAPACITADO**. Esta questão Não é Obrigatória. O profissional deve marcar X se: Se termômetro, a temperatura é $>37,8$ °C? e/Ou Se oxímetro, a saturação de oxigênio é $< 95\%$?

8. **CONTACTANTES EXTERNOS** (colegas de trabalho, amigos, etc). **SIM** se o usuário teve contato com pessoas fora do domicílio. Informar a **quantidade de pessoas** com quem teve contato.

9. **OBSERVAÇÕES**: colocar observações específicas, como necessidade de acompanhamento de um profissional da equipe, consulta e outros.