

**INSTITUTO FEDERAL**  
Pernambuco

# PESSOAS COM SUSPEITA DE SINTOMAS DA COVID-19

**Protocolo nº 07**

(03.07.2020 / Rev.01)

Responsáveis pela elaboração:

***Ana Carla Silva Alexandre***

***Daniela Bezerra de Melo***

***Josicleide Montenegro da Silva Guedes Alcoforado***

***Nelson Miguel Galindo Neto***



## 07 | IDENTIFICAÇÃO, MONITORAMENTO E PROVIDÊNCIAS PARA PESSOAS COM SUSPEITA DE SINTOMAS DA COVID-19

<b>Âmbito de aplicação:</b>	Interno ( <i>campi</i> IFPE)
<b>Beneficiários:</b>	Toda a comunidade IFPE
<b>Referências técnico - científica (Citar documento base / órgão de origem):</b>	Protocolo de manejo clínico do coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária à Saúde. Versão 8. Abril de 2020. Ministério da Saúde.
<b>Objetivos / Propósitos do Protocolo:</b>	Instituir as ações para identificação, monitoramento e providências para pessoas com suspeita de sintomas da COVID-19.
<b>Responsáveis pela elaboração / revisão (Nome / Siape):</b>	Ana Carla Silva Alexandre /2982780 Daniela Bezerra de Melo /3065256 Josicleide Montenegro da Silva Guedes Alcoforado /1621401 Nelson Miguel Galindo Neto /1034899
<b>Local de aplicação/ Responsável pela Aplicação:</b>	Todos os campi do IFPE / Servidores que serão designados como responsáveis pela condução de casos suspeitos

### Descrição das Ações e Tarefas (Passo a Passo para Aplicação)

<b>Passo 1</b>	Identificação de pessoa com sintomas - Sensação febril ou febre E - Tosse OU - Dor de garganta OU - Coriza OU - Dificuldade respiratória	<b>Executado por qualquer pessoa</b>
<b>Passo 2</b>	Mantenha o tempo todo distanciamento mínimo de 1,5m entre pessoas	
<b>Passo 3</b>	Acione o servidor do campus responsável pela condução dos casos suspeitos	
<b>Passo 4</b>	Direcione a pessoa para sala privada reservada para isolamento dos casos suspeitos	<b>Executado pelo servidor responsável</b>
<b>Passo 5</b>	Mantenha porta fechada, janelas abertas e ar condicionado desligado	
<b>Passo 6</b>	Disponibilize máscaras para troca se houver mais de 2h de uso, apresentar umidade ou sujidade	
<b>Passo 7</b>	Continue seguindo os passos 2 e 5	

**COMITÊ EMERGENCIAL DE ENFRENTAMENTO DO CORONAVÍRUS |**  
**PROTOCOLO DE AÇÕES PARA RETORNO ÀS ATIVIDADES PRESENCIAIS**

<b>Passo 8</b>	Registre ocorrência em formulário próprio (anexo)	<b>Executado por um não profissional de saúde</b>
<b>Passo 9</b>	Encaminhe a pessoa à unidade de saúde mais próxima	
<b>Passo 10</b>	Verifique e registre pressão arterial, temperatura corporal, frequência cardíaca, frequência respiratória e saturação de oxigênio	<b>Executado por um profissional de saúde</b>
<b>Passo 11</b>	Encaminhe o caso suspeito de síndrome gripal para unidade básica de saúde	<b>(Se houver no campus este profissional. Não havendo este profissional, desconsiderar os passos 10, 11 e 12)</b>
<b>Passo 12</b>	Encaminhe Síndrome respiratória aguda grave para emergência	
<b>Passo 13</b>	Se a pessoa suspeita for menor de idade, comunicar ao responsável	<b>Executado pelo servidor responsável ou Profissional de saúde</b>
<b>Passo 14</b>	Providencie transporte para retirar a pessoa do <i>campus</i>	
<b>Passo 15</b>	Solicite isolamento e sanitização do local e do veículo que realizou o transporte, seguindo as orientações dos Protocolos 09 e 19	
<b>Passo 16</b>	Se possível, realize higiene corporal, troca de roupa e de máscara antes de retornar ao trabalho ou domicílio	
<b>Normas de Segurança e EPCS / EPIs Obrigatórios na aplicação:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Observar Protocolo 09</b> - Procedimentos de isolamento e de sanitização de ambientes das instalações internas do IFPE com suspeita de contaminação</li> <li>• <b>Observar Protocolo 19</b> - Frota oficial e transporte escolar</li> </ul>	
<b>Periodicidade de aplicação das ações do protocolo</b>	<b>Início:</b> Retorno das atividades acadêmicas	<b>Término:</b> Indeterminado
<b>Aspectos relevantes na aplicação</b>	Todos os <i>campi</i> devem possuir servidores treinados, em todos os turnos nos quais ocorram atividades, com registro em ata de treinamento, quanto à aplicação deste Protocolo.	

(\*) As Ações previstas neste protocolo foram baseadas em bases científicas para prevenção e controle ao Corona Vírus e Seus efeitos, possuindo caráter preventivo e mitigatório visando minimizar os Riscos de Contaminação pelo agente e seus efeitos.

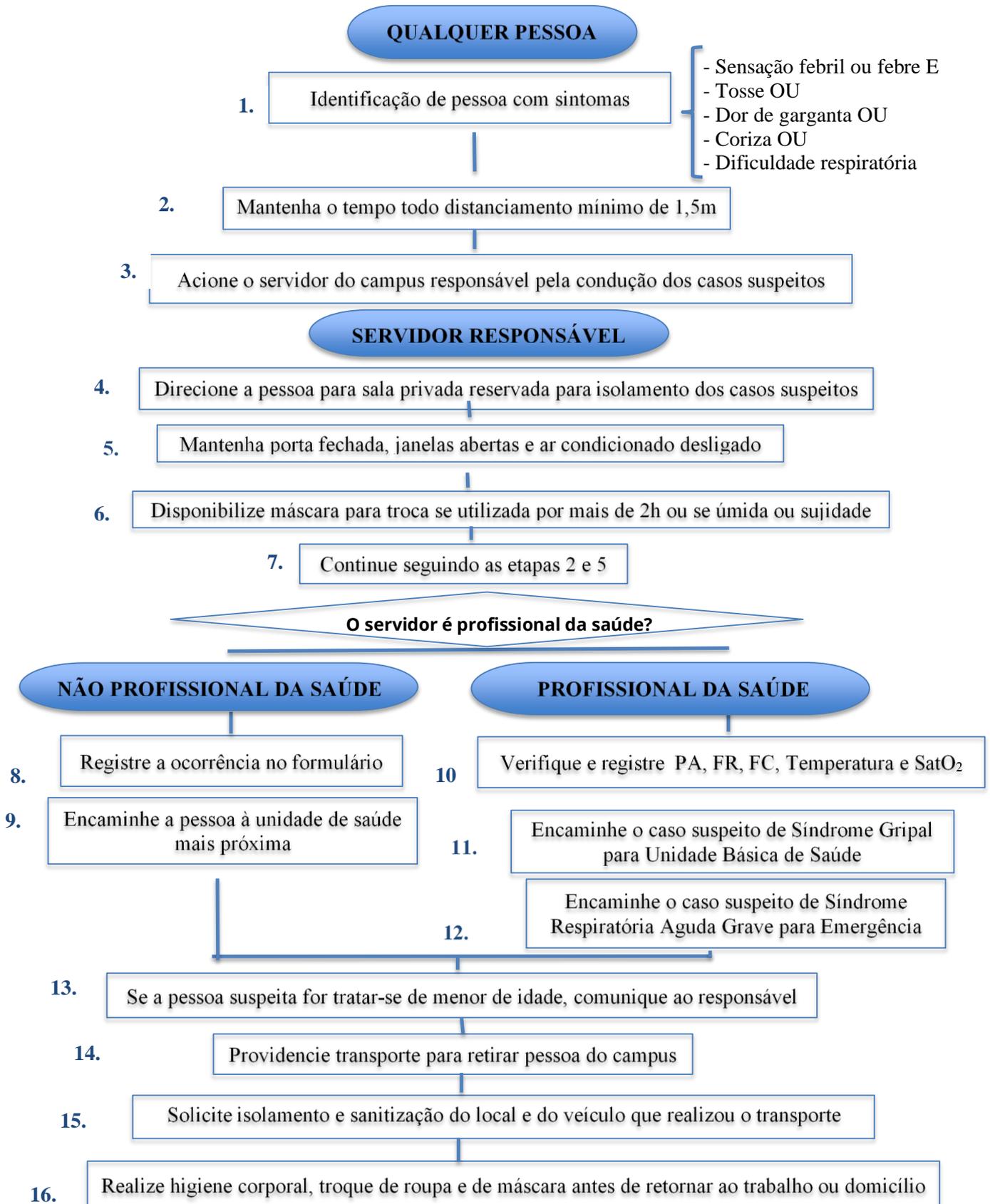
**ANEXO I**

**FORMULÁRIO PADRÃO PARA SOLICITAÇÃO DE COMPRAS DE NECESSIDADES  
 PREVISTAS NO PROTOCOLO**

 <b>INSTITUTO                  FEDERAL</b> Pernambuco	<b>Solicitação de Compra /                  Contratação de Serviços para atendimento a                  Protocolo</b>	<b>Data da Requisição:</b> / /	
<b>Título do Protocolo / Finalidade /                  Local e Prazo de duração do item                  solicitado:</b>  Identificação, monitoramento e providências para pessoas com suspeita de sintomas da COVID-19  IFPE / Indeterminado	<b>Elaborador do                  Protocolo/Nº SIAPE:</b> Ana Carla Silva Alexandre/2982780 Daniela Bezerra de Melo/3065256 Josicleide Montenegro da Silva Guedes Alcoforado/1621401 Nelson Miguel Galindo Neto /1034899	<b>Aprovador                  responsável /                  Nº SIAPE:</b>	
<b>Item</b>	<b>Nomenclatura do material ou                  serviço</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Unidade</b>
01	Álcool 70% gel	04	Litro
02	Álcool 70% líquido	04	Litro
03	Borrifadores	02	Unidade
04	Algodão hidrofílico	03	Rolo
05	Sabonete líquido	02	Litro
06	Papel toalha	03	Pacote
07	Termômetro infravermelho	02	Unidade
08	Saturômetro de oxigênio	01	Unidade
09	Tensiómetro adulto	01	Unidade
10	Estetoscópio adulto	01	Unidade
11	Lixeira com acionamento por pedal	01	Unidade
12	Saco de lixo branco leitoso	01	Pacote com 50
<b>Responsável pela solicitação de                  compra:</b>  <b>Nº SIAPE</b>  <b>DATA: / /</b>		<b>Responsável pela aprovação para compra:</b>  <b>Nº SIAPE</b>  <b>DATA: / /</b>	

**ANEXO II**  
**FLUXOGRAMA**

Identificação e providências para pessoas com suspeita de sintomas da COVID-19



**ANEXO III**  
**FICHA DE IDENTIFICAÇÃO E MONITORAMENTO DE CASO SUSPEITO**  
**DE COVID -19**

NOME: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

TELEFONE PARA CONTATO: ( ) \_\_\_\_\_

E-MAIL: \_\_\_\_\_

SEGMENTO:

Servidor ( )

Estudante ( )

Funcionário terceirizado ( )

MOTIVO DO ATENDIMENTO:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

SINAIS VITAIS

Temperatura axilar (t o c): \_\_\_\_\_

Frequência cardíaca (fc): \_\_\_\_\_

Frequência respiratória (fr): \_\_\_\_\_

Saturação de oxigênio (sato2): \_\_\_\_\_

Pressão arterial (pa): \_\_\_\_\_

SINTOMAS RESPIRATÓRIOS

Tosse: sim ( ) não ( )

Dor de garganta: sim ( ) não ( )

Coriza: sim ( ) não ( )

Dificuldade respiratória: sim ( ) não ( )

SINTOMAS ADICIONAIS

Apresentou febre nas últimas 24h? ( ) sim ( ) não

Caso suspeito de síndrome gripal? ( ) sim ( ) não

**AVALIAÇÃO GERAL**

Apresenta condições clínicas de risco? ( ) sim ( ) não

Se sim, descreva:

---

---

Medicamentos de uso contínuo? ( ) sim ( ) não

Se sim, quais?

---

---

Apresenta alergias a medicamentos? ( ) sim ( ) não

Se sim, quais?

---

---

História de cirurgias prévias ou internações recentes? ( ) sim ( ) não

Se sim, descreva:

---

---

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Assinatura do profissional:

### **Identificação, monitoramento e providências para pessoas com suspeita da covid -19 de sintomas da covid-19**

#### MONITORAMENTO REMOTO

(a cada 48h pós encaminhamento do caso suspeito)

Data do primeiro contato: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Atendimento em serviço de saúde uba ( )

Qual: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Emergência ( )

Qual: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Em uso de medicação: sim ( ) não ( )

Qual? \_\_\_\_\_

Isolamento intradomiciliar: sim ( ) não ( )

Condição clínica atual:

---

---

---

---

MONITORAMENTO REMOTO SUBSEQUENTE

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Resumo:

---

---

---

---

MONITORAMENTO REMOTO SUBSEQUENTE

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Resumo:

---

---

---

---

MONITORAMENTO REMOTO SUBSEQUENTE

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Resumo:

---

---

---

---

MONITORAMENTO REMOTO SUBSEQUENTE

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Resumo:

---

---

---

---

MONITORAMENTO REMOTO SUBSEQUENTE

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Resumo:

---

---

---

---

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Assinatura do profissional: