



REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA  
GOVERNO REGIONAL  
SECRETARIA REGIONAL DE SAÚDE E PROTEÇÃO CIVIL  
INSTITUTO DE ADMINISTRAÇÃO DA SAÚDE, IP-RAM

CIRCULAR  
NORMATIVA

Instituto de Administração da  
Saúde, IP-RAM

**S 3** **CN**  
31-1-2020 0 . 0 . 0 . 0  
Original

**Assunto: Questionário de Avaliação do Risco e Detecção Precoce de Infecção pelo novo Coronavírus (2019-nCoV) – Setor da Saúde**

**Para: Unidades de Saúde e Profissionais do Sistema Regional de Saúde; Serviço Regional de Proteção Civil, IP-RAM**

No âmbito da resposta a infeções emergentes, assinala-se a importância de avaliação do risco de infeção na admissão em qualquer unidade de saúde do Sistema Regional de Saúde. Neste contexto, o IASAÚDE, IP-RAM disponibiliza um questionário de avaliação do risco e detecção precoce para a Infecção por Novo Coronavírus (modelo IASAÚDE 389.01) a aplicar em todas as situações, no 1.º contato dos utentes com o sistema de saúde.

Assinala-se que a resposta perante os casos suspeitos deve seguir o fluxo definido na [circular normativa n.º 1/2020 de 30/01/2020](#), emitida por este Instituto ou a respetiva atualização, em vigor.

A compilação dos resultados desta avaliação deverá ser remetida com uma periodicidade semanal a este Instituto.

**Em substituição,**

Conforme n.º 4 do art.º 5 do anexo ao  
DLR n.º 22/2008/M, de 23/06, na redação  
dada pelo DLR n.º 14/2012/M,09/07

 Presidente do Conselho Diretivo

Herberto Jesus



Anexo: Mod. IASAÚDE 389.01

DSPAG – BG/IM



## Questionário de Avaliação do Risco e Detecção Precoce Unidades de Saúde

A Autoridade de Saúde da Região Autónoma da Madeira pretende monitorizar o risco associado ao novo Coronavírus (2019-nCoV), nas Unidades de Saúde integradas no Sistema Regional de Saúde. Assim, solicitamos a sua colaboração, como profissional do sector, no preenchimento deste inquérito, no primeiro contacto com o cliente.

Caso responda SIM a pelo menos 1 critério epidemiológico, está identificado um risco de infeção, que carece de avaliação adicional.

Por favor, contacte de imediato a linha de apoio SRS24 Madeira – 800 24 24 20.

Mantenha o isolamento até validação da suspeita e orientação pelos profissionais deste serviço.

Lembramos que o reforço da higiene das mãos e da etiqueta respiratória são determinantes para a prevenção e controlo da infeção, pelo que devem ser reforçados em todos os momentos.

Nome: \_\_\_\_\_

Género:  Feminino  Masculino  Outro

Data de Nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ Data do preenchimento do questionário: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Número de Utente de Saúde: \_\_\_\_\_ Contato telefónico: \_\_\_\_\_

CRITÉRIOS	RESPOSTA	
CRITÉRIOS EPIDEMIOLÓGICOS		
História de viagem a, ou residência em <i>Wuhan</i> , na Província de <i>Hubei</i> , China, nos 14 dias antes do início dos sintomas.	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Profissional de saúde que tenha trabalhado em ambientes onde se prestam cuidados a utentes com infeções agudas respiratórias graves de origem desconhecida, onde foram reportados casos de utentes com infeção por nCoV.	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Contato próximo com caso confirmado ou provável de infeção por nCoV, nos 14 dias antes do início dos sintomas.	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Visitas ou trabalho em mercados de animais vivos em <i>Wuhan</i> , na Província de <i>Hubei</i> , China nos 14 dias antes do início dos sintomas.	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Frequentou uma unidade de prestação de cuidados de saúde, nos 14 dias antes do início dos sintomas, onde foram reportados casos de utentes com infeção por nCoV associada a cuidados de saúde.	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
CRITÉRIOS CLÍNICOS		
<input type="checkbox"/> Febre e/ou <input type="checkbox"/> Tosse ou dificuldade respiratória Data início dos sintomas: ___/___/_____	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
<b>CASO SUSPEITO – Critério clínico E critério epidemiológico</b>	<b>INQUÉRITO POSITIVO</b>	
<b>CONTATO PRÓXIMO – Critério epidemiológico E ausência de critério clínico</b>	<b>INQUÉRITO POSITIVO</b>	

Unidade de Saúde: \_\_\_\_\_

Entidade Responsável: \_\_\_\_\_

**Nota.:** Os dados anonimizados (com apenas o Nº de Utente de Saúde) de cada semana devem ser reportados pela instituição responsável ao IASAÚDE, IP-RAM, até a 3ªfeira da semana seguinte.