



Prefeitura do Município de Foz do Iguaçu

ESTADO DO PARANÁ

Ofício nº 668/2020 – GP

Foz do Iguaçu, 19 de agosto de 2020.

Assunto: **Resposta ao Requerimento nº 286/2020.**

Senhor Presidente:

Em atenção ao Requerimento nº 286/2020, de Vossa autoria, encaminhado pelo Ofício nº 618/2020-GP, de 10 de agosto de 2020, dessa Casa de Leis, acerca dos critérios adotados para a realização das testagens na população na central do coronavírus do Hospital Municipal Padre Germano Lauck, remetemos a manifestação da Fundação Municipal de Saúde por meio do Ofício nº 1020/2020, de 17 de agosto de 2020.

Atenciosamente,


Francisco Lacerda Brasileiro
Prefeito Municipal

Ao Senhor
BENI RODRIGUES
Presidente da Câmara Municipal
FOZ DO IGUAÇU – PR

SMF/CJT



FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE FOZ DO IGUAÇU
Hospital Municipal Padre Germano Lauck



Ofício n.º 1020/2020.

Foz do Iguaçu, 17 de agosto de 2020.

Prefeitura Municipal de Foz do Iguaçu
Nilton Bobato
Vice Prefeito
Praça Getúlio Vargas, 280 – centro
Foz do Iguaçu - PR

Assunto: Resp. Requerimento n.º 286/2020.

Prezado Senhor,

Considerando requerimento n.º 286/2020, informamos:

Referente à informação de testes rápido realizados em pacientes assintomáticos que deram entrada na rede pública de saúde, informamos que não possuímos esse protocolo.

São testados os pacientes que procuram atendimento com apresentação de sintomas, conforme critério de avaliação, considerando data de apresentação dos mesmos, método RT-PCR.

Pacientes positivados são avaliados e medicados conforme conduta médica, levando em conta os sintomas apresentados, os quais variam em cada paciente.

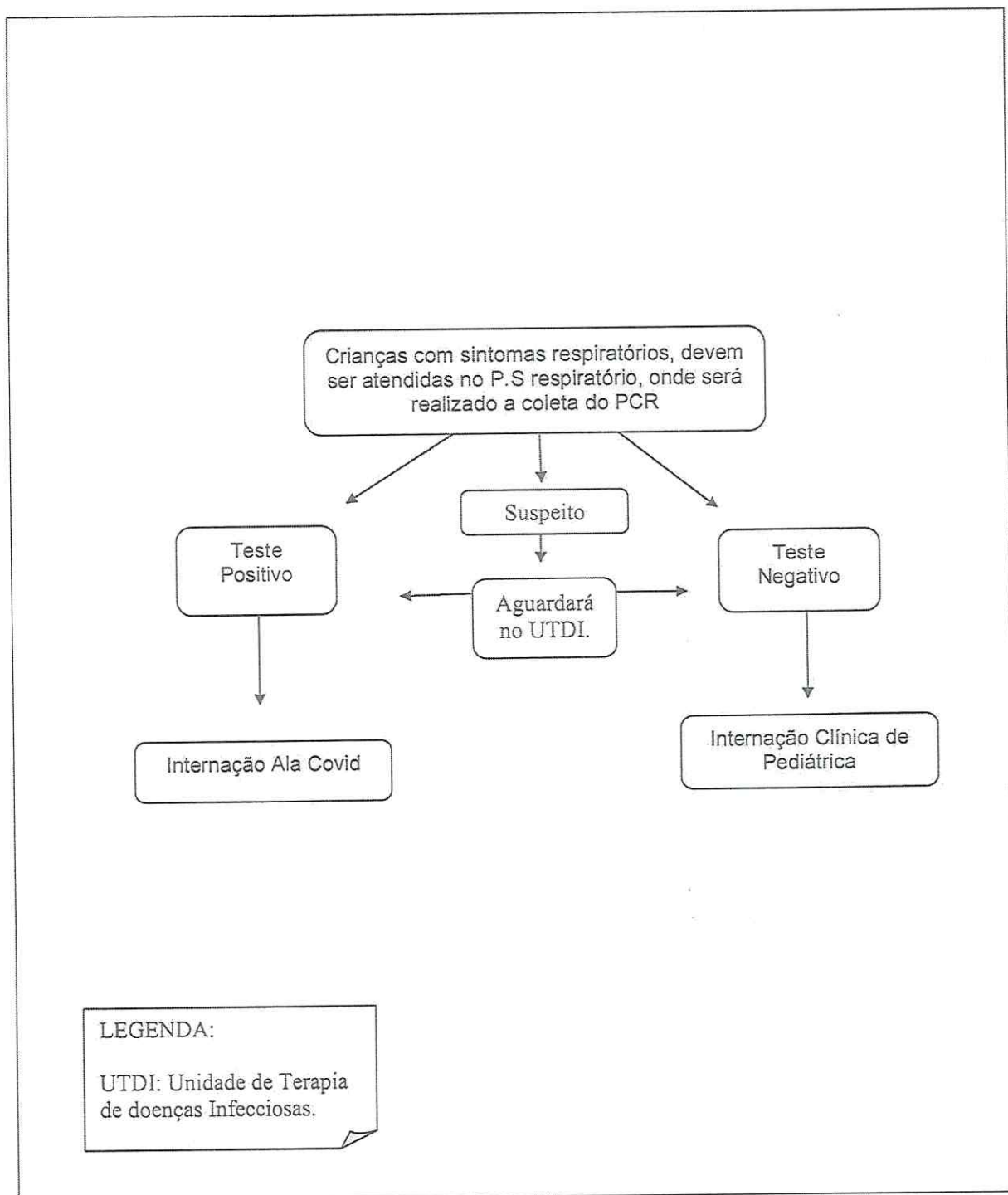
Encaminhamos anexo, protocolos adotados.

Sem mais, agradecemos e enviamos cordiais saudações.

Atenciosamente,

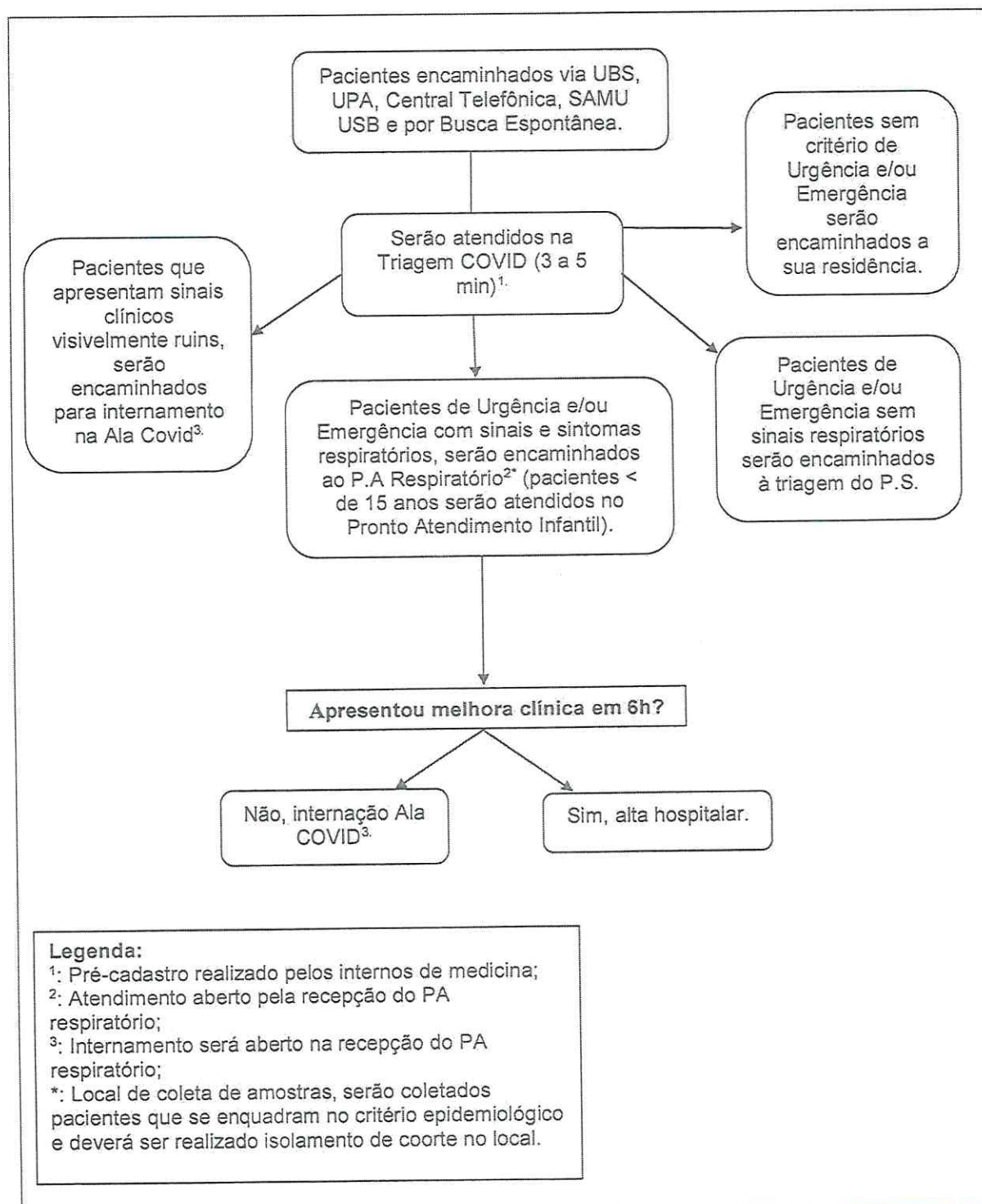

Sergio Moacir Fabriz
Diretor Presidente
Fundação Municipal de Saúde
Portaria n.º 001/2017 - COC

	FLUXOGRAMA COVID-19			
	INTERNAÇÃO DE PACIENTES PEDIÁTRICOS SUSPEITA DE COVID-19 OU SINTOMAS RESPIRATÓRIOS			
	Código: FLX.COVID-19.001	Versão: 001/ Revisão: 000	Página 1 de 1	



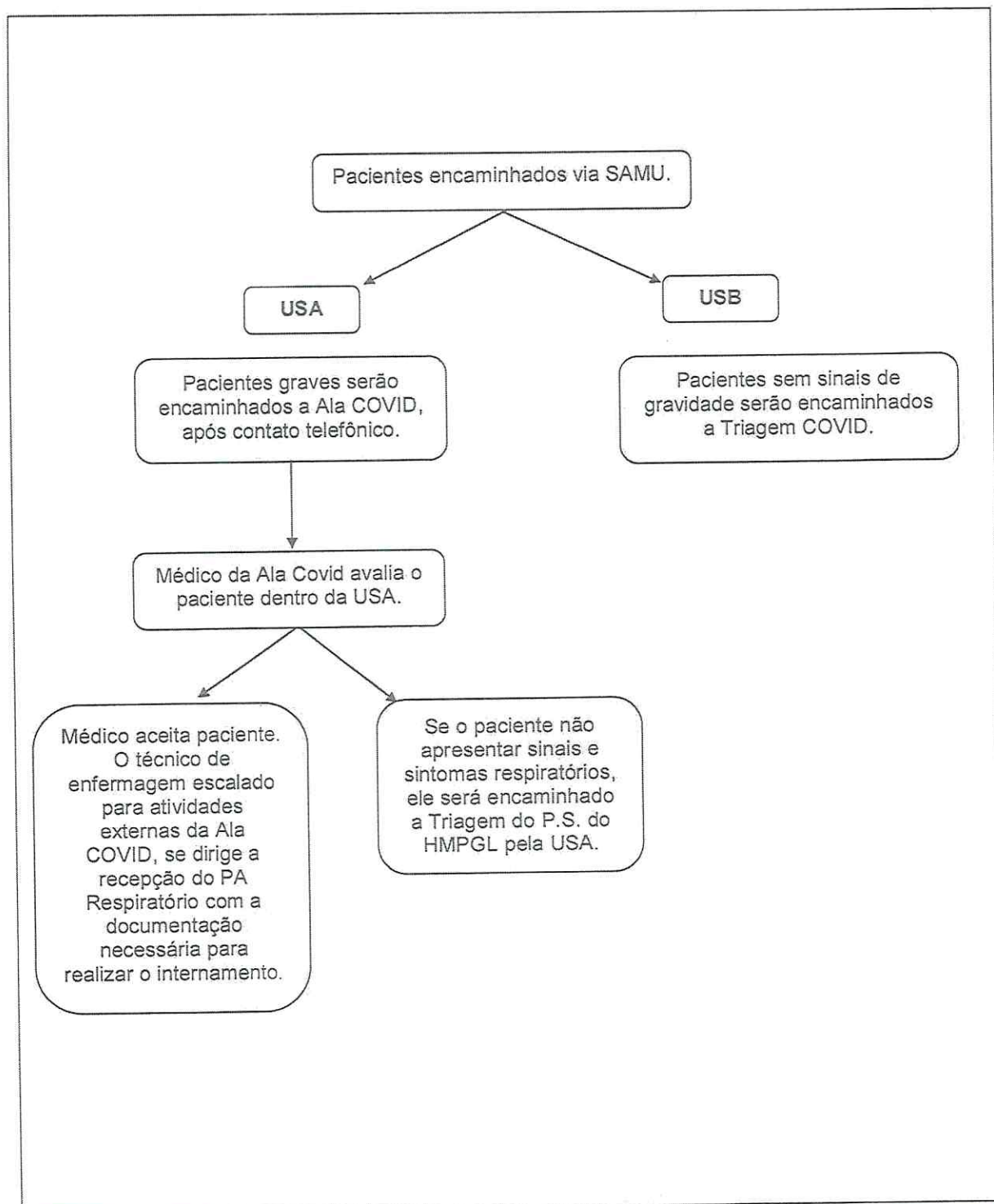
Elaborado por: Núcleo de Segurança do Paciente	Verificado por: Gestão da Qualidade	Aprovado por: Diretor Presidente
Data da Elaboração: 25/03/2020	Próxima Revisão: 25/05/2022	Diretor Técnico

 HOSPITAL MUNICIPAL PADRE CERECEDO SAUPE RUA 100 N.º 100	FLUXOGRAMA COVID-19			 FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE RUA 100 N.º 100
	ATENDIMENTO DE PACIENTE COM SUSPEITA DE COVID-19			
	Código:FLX.COVID-19.002	Versão: 001/ Revisão: 000	Página 1 de 3	



Elaborado por: Núcleo de Segurança do Paciente	Verificado por: Gestão da Qualidade	Aprovado por: Diretor Presidente
Data da Elaboração: 25/03/2020	Próxima Revisão: 25/03/2022	Diretor Técnico
		Diretor Assistencial

 HOSPITAL MUNICIPAL FAUSTO CARDOSO RUA DO SANGUE, 100	FLUXOGRAMA COVID-19			 FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE RUA DO SANGUE, 100
	ATENDIMENTO DE PACIENTE COM SUSPEITA DE COVID-19			
	Código:FLX.COVID-19.002	Versão: 001/ Revisão: 000	Página 1 de 3	



Elaborado por: Núcleo de Segurança do Paciente	Verificado por: Gestão da Qualidade	Aprovado por: Diretor Presidente
Data da Elaboração: 25/03/2020	Próxima Revisão: 25/03/2022	Diretor Técnico Diretor Assistencial

 HOSPITAL MUNICIPAL DE SÃO PAULO ESTADO DE SÃO PAULO	FLUXOGRAMA COVID-19			 FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE ESTADO DE SÃO PAULO
	ATENDIMENTO DE PACIENTE COM SUSPEITA DE COVID-19			
	Código:FLX.COVID-19.002	Versão: 001/ Revisão: 000	Página 1 de 3	

Quadro 1:

Situação 1 – VIAJANTE INTERNACIONAL: pessoa que apresente febre E pelo menos um dos sinais ou sintomas respiratórios (tosse, dificuldade para respirar, produção de escarro, congestão nasal ou conjuntival, dificuldade para deglutir, dor de garganta, coriza, saturação de O₂ < 95%, sinais de cianose, batimento de asa de nariz, tiragem intercostal e dispneia) E com histórico de viagem para país com transmissão sustentada OU área com transmissão local nos últimos 14 dias (figura 1); OU

Situação 2- VIAJANTE NACIONAL: Pessoa que apresente febre E pelo menos um dos sinais ou sintomas respiratórios (tosse, dificuldade para respirar, produção de escarro, congestão nasal ou conjuntival, dificuldade para deglutir, dor de garganta, coriza, saturação de O₂ < 95% sinais de cianose, batimento de asa de nariz, tiragem intercostal e dispneia) E com histórico de viagem para área com transmissão sustentada: cidade de São Paulo; Rio de Janeiro; Belo Horizonte; Distrito Federal nos últimos 14 dias; OU

Situação 3 - CONTATO PRÓXIMO: Pessoa que apresente febre OU pelo menos um sinal ou sintoma respiratório (tosse, dificuldade para respirar, produção de escarro, congestão nasal ou conjuntival, dificuldade para deglutir, dor de garganta, coriza, saturação de O₂ < 95%, sinais de cianose, batimento de asa de nariz, tiragem intercostal e dispneia) E histórico de contato com caso suspeito ou confirmado para COVID-19, nos últimos 14 dias; OU

Situação 4 - CONTATO DOMICILIAR: Pessoa que manteve contato domiciliar com caso confirmado por COVID-19 nos últimos 14 dias E que apresente febre OU pelo menos um sinal ou sintoma respiratório (tosse, dificuldade para respirar, produção de escarro, congestão nasal ou conjuntival, dificuldade para deglutir, dor de garganta, coriza, saturação de O₂ < 95%, sinais de cianose, batimento de asa de nariz, tiragem intercostal e dispneia). Nesta situação é importante observar a presença de outros sinais e sintomas como: fadiga, mialgia/artralgia, dor de cabeça, calafrios, manchas vermelhas pelo corpo, gânglios linfáticos aumentados, diarreia, náusea, vômito, desidratação e inapetência.

Versão atualizada em: 01/04/2020.

Elaborado por: Núcleo de Segurança do Paciente	Verificado por: Gestão da Qualidade	Aprovado por: Diretor Presidente
Data da Elaboração: 25/03/2020	Próxima Revisão: 25/03/2022	Diretor Técnico Diretor Assistencial