



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORMIGA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RUA DR. TEIXEIRA SOARES, 264, CENTRO FORMIGA
MINAS GERAIS - CEP 35570-090

Formiga-MG, 22 de abril de 2020

Ofício nº: 180/2020

Ref. **REITERA OFÍCIO 149 de 06/4/2020**

Assunto: Boletim epidemiológico -

À Superintendência Regional de Saúde de Divinópolis

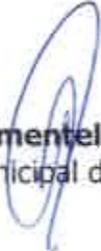
Conforme informado no ofício de referência, o "QUESTIONÁRIO PARA DIAGNÓSTICO MOLECULAR CORONAVÍRUS COVID-19", do **Laboratório Hermes Pardini** não possui campo para informação da ORIGEM DO PACIENTE, vinculando o exame ao Laboratório de coleta, gerando falsa informação de casos nos respectivos Municípios.

A consequência é grave, uma vez que desqualifica as informações das Secretarias Municipais de Saúde, ocasionando descrédito quanto aos boletins diários, bem como o suporte a tomada de decisões do Estado de Minas em relação aos Municípios.

Para tanto, é este para **reiterar seja o Laboratório Hermes Pardini notificado** para fazer constar a **origem/residência e domicílio do paciente** no questionário, evitando-se assim informações errôneas que neste momento não se pode tolerar, sob pena de macular a transparência das informações em tão especial situação.

Em anexo os documentos citados.

Certo de Vossa compreensão e pronto atendimento,
reitero nossos votos de elevada estima e consideração.


Leandro Pimentel da Silva dos Santos
Secretário Municipal de Saúde de Formiga/MG

Ilmo. Sr Alan Rodrigo da Silva
Superintendente Regional de Saúde de Divinópolis



QUESTIONÁRIO PARA DIAGNÓSTICO MOLECULAR CORONAVÍRUS COVID-19

Todos os dados solicitados neste questionário são essenciais para a execução correta do exame e são de inteira responsabilidade do colhedor.

1. Informações

Nome do paciente: _____ Idade do paciente: _____

Sexo do paciente: Masculino Feminino

Médico solicitante: _____

Telefone do paciente: () _____

Telefone do médico: () _____

Data da Coleta: ____ / ____ / ____

2. Descrever os dados clínicos e responder as perguntas abaixo:

3. Realizou viagem para país que tenha noticiado transmissão sustentada ou local do COVID-19 ou teve contato com alguma pessoa classificada como suspeita, mesmo que não confirmada?

Sim Não

Explique: _____

4. Paciente tem histórico de viagem para fora do Brasil até 14 dias antes do início dos sintomas?

Sim Não

5. O paciente teve contato próximo com uma pessoa que seja caso suspeito, provável ou confirmado de Novo Coronavírus (2019-nCoV)?

Sim Não

6. Esteve em alguma unidade de saúde nos 14 dias antes do início dos sintomas?

Sim Não

7. Teve contato próximo com animais em áreas afetadas?

Sim Não

PARA PROCEDIMENTO DE COLETA, ENVIO E PRESERVAÇÃO DA AMOSTRA,
CONSULTAR HELP DE EXAMES OU A CENTRAL DE RELACIONAMENTO COM CLIENTES (31) 3228-6200