



AMAZONAS

GOVERNO DO ESTADO

O RDEM DE SERVIÇO Nº 014/2020 – GDP/FUAM

O **DIRETOR PRESIDENTE** da Fundação de Dermatologia Tropical e Venereologia “Alfredo da Matta” – **FUAM** no uso das atribuições legais estabelecidos nos artigos 3º, 4º e 11 e seus incisos, todos constantes no Regimento Interno publicado no Decreto nº 29.917 de 10 de maio de 2010 e suas alterações;

CONSIDERANDO o teor dos **Decretos Estaduais nº. 42.061/2020 e nº 42.063/2020** que dispõem sobre a situação de emergência na saúde pública do Estado do Amazonas em razão da disseminação do novo coronavírus - **CoVid19**;

CONSIDERANDO que o coronavírus é transmitido por contato direto, principalmente por meio de gotículas respiratórias e por contato indireto por meio das mãos, objetos ou superfícies contaminadas;

CONSIDERANDO os quadros clínicos apresentados por alguns servidores após serem acometidos pela COVID19;

CONSIDERANDO que é dever da gestão adotar todas as medidas ao seu alcance na direção da proteção à saúde dos seus servidores;

RESOLVE

I – ESTABELECER no âmbito desta **FUAM** a segunda fase do **Programa de Atenção à Saúde dos Servidores- PASSCoVid** para acompanhamento dos servidores que foram acometidos pela **CoVid19**, nos moldes, fluxos, normas e atribuições a seguir elencadas;

II - ESTABELECER que o referido Programa solicitará, quando necessário, exames e/ou procedimentos conforme modelos anexos;

Para tanto, esclarecemos que:

1. **Não se aplica nem se confunde com o atendimento de rotina ambulatorial assistencial da FUAM;**
2. **Não se aplica a atendimento emergencial;**
3. **Não se destina ao acompanhamento, aconselhamento ou tratamento de terceiros, ainda que contatos familiares;**

III - ESTABELECER que o servidor interessado poderá agendar com o PASSCOVID uma consulta para avaliação e solicitação dos referidos exames e/ou procedimentos;

IV - ESTABELECER que a FUAM envidará esforços para facilitar a realização dos exames e, quando necessário, sejam encaminhados para avaliação por especialistas (ex: cardiologista) via fluxo estabelecido;

V - DETERMINAR que todo e qualquer procedimento a ser executado cumpra as normas e condutas já estabelecidas e autorizadas pelos organismos competentes e, em consenso, pela equipe técnica e assistencial do **PASSCoVid**.

VI - DESIGNAR como obrigatoriamente envolvidos na execução e supervisão das atividades elencadas os seguintes setores desta **FUAM**:



FUNDAÇÃO DE
DERMATOLOGIA
TROPICAL E
VENEREOLOGIA
ALFREDO DA MATTA

Rua Codajás, 24 –
Cachoeirinha Fone: (92)
3632-5800 Fax: (92)
3632-5802



CENTRO COLABORADOR
OMS/OPAS.

06/08/20



AMAZONAS

GOVERNO DO ESTADO

Diretoria Técnica - DT

Gerência de Enfermagem - GENf

CCIH

Profissionais da Assistência Psicossocial

Farmácia Especializada - SubFarma

Gerência de Laboratório - GLab

Diretoria de Ensino e Pesquisa - DPesq

Gerência de Epidemiologia - GEpi

Gerência de Gestão de Pessoas – GGP

IX - ESTABELECER que a responsabilidade técnica e a supervisão das medidas clínicas a serem aplicadas e seguidas caberão ao:

Dr. Luiz Claudio Dias – Médico Dermatologista

X - DEFINIR que aos demais membros do corpo clínico e aos profissionais dos outros seguimentos técnicos caberão a contribuição e comprometimento necessários na execução de todos os processos envolvidos com o **PASSCoVid**.

CIENTIFIQUE-SE, PUBLIQUE-SE E CUMPRA-SE

GABINETE DO DIRETOR PRESIDENTE DA FUNDAÇÃO DE DERMATOLOGIA TROPICAL E VENEREOLOGIA “ALFREDO DA MATTA, em Manaus, 05 de agosto de 2020.


RONALDO DERZY AMAZONAS
Diretor Presidente



FUNDAÇÃO DE
DERMATOLOGIA
TROPICAL E
VENEREOLOGIA
ALFREDO DA MATTA

Rua Codajás, 24 –
Cachoeirinha Fone: (92)
3632-5800 Fax: (92)
3632-5802



CENTRO COLABORADOR
OMS/OPAS.





Governo do Estado do Amazonas
FUNDAÇÃO "ALFREDO DA MATTA"



AMAZONAS
GOVERNO DO ESTADO

PASSCOVID

Nome: _____

Idade: _____ Sexo: ☐ F ☐ M Fone: () _____

CNS: _____

Uso de medicamentos: ☐ Sim ☐ Não Quais? _____

EXAMES LABORATORIAIS

- | | |
|---|------------------------------------|
| ☐ Hemograma | ☐ TGP |
| ☐ VHS | ☐ TGP |
| ☐ Coagulograma | ☐ Gama-GT |
| ☐ TAP | ☐ PCR |
| ☐ TTPa | ☐ Ferretina |
| ☐ Uréia | |
| ☐ Creatinina | |
| ☐ Fosfatase Alcalina | |
| ☐ Outros: | |

Data: ____/____/____

Solicitante



Governo do Estado do Amazonas
FUNDAÇÃO "ALFREDO DA MATTA"



AMAZONAS
GOVERNO DO ESTADO

PASSCOVID

Nome: _____

Idade: _____ Sexo: ☐ F ☐ M Fone: () _____

CNS: _____

Uso de medicamentos: ☐ Sim ☐ Não Quais? _____

EXAMES

☐ RX DE TORAX: AP E PERFIL

Data: ____/____/____

Solicitante



Governo do Estado do Amazonas
FUNDAÇÃO "ALFREDO DA MATTA"



AMAZONAS
GOVERNO DO ESTADO

PASSCOVID

Nome: _____

Idade: _____ Sexo: ☐ F ☐ M Fone: () _____

CNS: _____

Uso de medicamentos: ☐ Sim ☐ Não Quais? _____

EXAMES

☐ ECG

Data: ____/____/____

Solicitante