PREFEITURA DE MARECHAL FLORIANO
Secretaria Municipal de Saúde

CORONAVÍRUS COVID-19

SUS MINISTÉRIO DA SAÚDE PÁTRIA AMADA BRASIL GOVERNO FEDERAL DISQUE SAÚDE 136

FORMULÁRIO DE ACOMPANHAMENTO POR TELEATENDIMENTO DE PACIENTES COM SÍNDROME GRIPAL NA APS

TÉCNICO(A) DE ENFERMAGEM

Nome do paciente:_____

Data de Nascimento:____/____/_____ Idade:_____ Sexo: (F) (M) Tel/cel: ( ) _____

Endereço: _____

CPF:_____ Cartão SUS:_____

Apresenta ou apresentou febre nos últimos 2 dias?	( ) SIM ( ) NÃO
Apresenta sintomas respiratórios (tosse, dor de garganta ou desconforto respiratório)?	( ) SIM ( ) NÃO
Apresenta outros sinais e sintomas de gravidade? Se sim, descreva: _____ _____ _____ _____	( ) SIM ( ) NÃO
CASO SUSPEITO DE SÍNDROME GRIPAL?	( ) SIM ( ) NÃO

MÉDICO(A)

Paciente apresenta comorbidades que indicam avaliação presencial? Se sim, descreva: _____ _____ _____ _____	( ) SIM ( ) NÃO
ACOMPANHAMENTO NA UBS? Realizar manejo clínico apropriado (medicamentos sintomáticos). Dar orientações de isolamento domiciliar. Atestado médico (14 dias) para isolamento domiciliar. Paciente (CID 10: J11). Contatos da casa (CID 10: Z20.9). Anotar informações no prontuário.	( ) SIM ( ) NÃO
NOTIFICAÇÃO imediata via e-SUS VS?	( ) SIM ( ) NÃO

AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

Receitas/atestados entregues do caso do paciente?	( ) SIM ( ) NÃO
Reforçou orientações de precaução de contato?	( ) SIM ( ) NÃO

ENFERMEIRO(A)

Reavaliação por telefone a cada 48hs.

DATA	Apresenta piora clínica ou febre persistente desde a última avaliação?	Apresenta sinais de gravidade desde a última avaliação?	Conduta: (S) Seguimento (RP) Reavaliação presencial (E) Encaminhamento para emergência
___/___/2020	( ) SIM ( ) NÃO	( ) SIM ( ) NÃO	(S) (RP) (E)
___/___/2020	( ) SIM ( ) NÃO	( ) SIM ( ) NÃO	(S) (RP) (E)
___/___/2020	( ) SIM ( ) NÃO	( ) SIM ( ) NÃO	(S) (RP) (E)
___/___/2020	( ) SIM ( ) NÃO	( ) SIM ( ) NÃO	(S) (RP) (E)
___/___/2020	( ) SIM ( ) NÃO	( ) SIM ( ) NÃO	(S) (RP) (E)
___/___/2020	( ) SIM ( ) NÃO	( ) SIM ( ) NÃO	(S) (RP) (E)
___/___/2020	( ) SIM ( ) NÃO	( ) SIM ( ) NÃO	(S) (RP) (E)
___/___/2020	( ) SIM ( ) NÃO	( ) SIM ( ) NÃO	(S) (RP) (E)