



FORMULÁRIO PARA ATENDIMENTO DE PESSOA COM SÍNDROME GRIPAL NO PA

UBS: CENTRO DE SAÚDE ARY RIBEIRO DA SILVA

Data: ____/____/2020

1 – RECEPÇÃO:

Identificação do Paciente:

Nome do paciente: _____

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

Endereço: _____

CPF: _____ Cartão SUS: _____

Profissão: _____

Motivo da procura da UBS:

() Febre

() Sintomas respiratórios (tosse, dor de garganta ou desconforto respiratório)

() Outro: _____

Caso a pessoa apresente sintomas respiratórios, forneça uma máscara. Pacientes sem sinais/sintomas de síndromes gripais seguirão o fluxo normal do PA.

Oriente higienização imediata das mãos/forneça álcool gel e solicite que evite tocar no rosto e em superfícies.

Direcione para uma área separada ou sala específica visando o isolamento respiratório para triagem com a equipe de Enfermagem.

2 – TRIAGEM: TÉCNICO(A) DE ENFERMAGEM E/OU ENFERMEIRO(A):

Sinais vitais:

Temperatura axilar (T.ax):		Frequência cardíaca (FC):	
Pressão arterial (PA):		Frequência respiratória (FR):	
Saturação de oximetria (Sat):			

Revisão da história clínica:

Apresenta sintomas respiratórios (tosse, falta de ar, esforço ou desconforto respiratório)? () SIM () NÃO

Apresenta ou apresentou febre? () SIM () NÃO

Apresenta ou apresentou perda de olfato ou paladar? () SIM () NÃO

Apresenta outros sinais e sintomas relevantes? Se sim, descreva:

_____ () SIM () NÃO

CASO SUSPEITO DE SÍNDROME GRIPAL? () SIM () NÃO

Avaliação Geral:

Apresenta outras comorbidades? Se sim, descreva:

_____ () SIM () NÃO

Medicamentos de uso contínuo? Se sim, quais:

_____ () SIM () NÃO

Apresenta alergias de medicamentos? Se sim, descreva:

_____ () SIM () NÃO

História de cirurgias prévias ou internações recentes? Se sim, descreva:

_____ () SIM () NÃO

Caso a pessoa apresente sintomas respiratórios graves, acione imediatamente enfermeiro(a) e/ou médico(a).



3 – MÉDICO(A):

Revisão da história clínica (sintomas de síndrome gripal com ou sem febre). Avaliar outros sinais e sintomas, diagnósticos alternativos, descompensação de comorbidades, etc.

CLASSIFICAÇÃO DE GRAVIDADE:

CONDUTA:

CASO LEVE

Avaliar comorbidades que contraindicam isolamento domiciliar.
Realizar manejo clínico apropriado.
Orientações de isolamento domiciliar.
Fornecer atestado médico por 14 dias.
Contactar Vigilância Epidemiológica e equipe da APS.

CASO GRAVE

ESTABILIZAÇÃO ENCAMINHAMENTO PARA CENTRO DE REFERÊNCIA.
Contactar Vigilância Epidemiológica.

Outras informações:

NOME	ASSINATURA E CARIMBO
MÉDICO	
ENFERMEIRO	
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	