

## Ficha Atendimento Dengue

Local de atendimento: \_\_\_\_\_ Data do atendimento: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Data do nascimento:

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Gestante: Não ( ) Sim ( ) Idade Gestacional: \_\_\_\_\_ Raça/Cor: \_\_\_\_\_

Escolaridade: \_\_\_\_\_ CNS: \_\_\_\_\_ Nome da mãe: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Reg. Admin: \_\_\_\_\_

Cep: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_ Ocupação: \_\_\_\_\_

Oriundo de outra unidade: ( ) Não ( ) Sim Qual? \_\_\_\_\_ QP \_\_\_\_\_

HDA: \_\_\_\_\_

Data de início dos sintomas: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Dengue prévia? Não ( ) Sim ( ) Quando: \_\_\_\_\_ Quantas vezes: \_\_\_\_\_  
Uso de medicamentos? Não ( ) Sim ( )Quadro clínico: Febre ( ) Cefaleia ( ) Vômito ( ) Mialgia ( ) Exantema ( ) Náuseas ( ) Artralgia ( )  
Dor retroorbitária ( )

Grupo A

Sangramento espontâneo: ( ) Não ( ) Sim: Qual? \_\_\_\_\_ Prova do laço: ( ) negativa ( ) positiva  
Condições especiais/risco social ou comorbidades ( ) Não ( ) Sim Qual? \_\_\_\_\_

Grupo B

Presença de sinais de alarme? Não ( ) Sim ( )

Data de início: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Dor abdominal intensa e contínua ( ) Vômitos persistentes ( ) Hipotensão postural/lipotímia ( )

Acúmulo de líquidos (derrame pleural, ascite, derrame pericárdico) ( ) Sangramento de mucosa ( )

Letargia e/ou irritabilidade ( ) Aumento progressivo do Hematócrito ( ) Queda abrupta de plaquetas ( )

Grupo C

Sinais de choque: Não ( ) Sim ( ) Quais? \_\_\_\_\_

Grupo D

ESTADIAMENTO NA AVALIAÇÃO: ( ) A ( ) B ( ) C ( ) D

Exame físico: Lúcido e Orientado? Não ( ) Sim ( ) Estado de hidratação: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Kg SpO2: \_\_\_\_\_ %  
FC: \_\_\_\_\_ bpm PA (sentado): \_\_\_\_/\_\_\_\_ mmHg PA (em pé): \_\_\_\_/\_\_\_\_ mmHg Tax: \_\_\_\_\_ °C FR: \_\_\_\_\_ irpm HGT: \_\_\_\_\_ mg/dl

Foi realizado hemograma: ( ) Não ( ) Sim. Horário da 1ª coleta: \_\_\_\_\_ Horário do resultado: \_\_\_\_\_ Resultado do htc: \_\_\_\_\_

Conduta: Hidratação Venosa? ( ) Não ( ) Sim. Volume? \_\_\_\_\_ Resultado htc pós HV: \_\_\_\_\_

Reavaliação clínica pós HV com melhora? ( ) Não ( ) Sim

Medicação? Não ( ) Sim ( ). Qual? \_\_\_\_\_ Se C ou D, solicitado? PCR ( ) Sorologia ( ). Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Evolução: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Destino: Liberado: data de retorno \_\_\_\_/\_\_\_\_. Local: \_\_\_\_\_ Aguardando leito de internação? ( ) Enfermaria ( ) UTI  
Transferência UPA ( ) Hospital ( ). Qual? \_\_\_\_\_ Óbito ( ). Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Assinatura e Carimbo Médico

Assinatura e Carimbo do Enfermeiro