



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE  
SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE  
COORDENAÇÃO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

**TRANSNFERÊNCIA DE CUIDADOS DE PACIENTE\* ( COVID – 19)**

**IDENTIFICAÇÃO**

Nome:	DN:		
Nome social:	Nome da Mãe:		
CPF/CNS:	SES:	Sexo:	Masc. <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/>
Endereço:	Cidade / UF:		
UBS de origem:	Hosp./UPA de referência:		
Coleta de exame:	<input type="checkbox"/> IgG <input type="checkbox"/> IgM <input type="checkbox"/> Swab Nasal(RT/PCR) <input type="checkbox"/> Exame não realizado		Realização:   /   /
Resultado:	<input type="checkbox"/> Reagente <input type="checkbox"/> Não -Reagente		Notificação: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO

**SINAIS VITAIS**

DATA E HORÁRIO	Sat O <sub>2</sub>	FC (bpm)	PA (mmHg)	FR (irpm)	Temp. (°C)	Glic (mg/dl)

**HISTÓRIA CLÍNICA**

\* Especificar história do problema atual, comorbidades, medicamentos em uso, alergias, exames realizados

**MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA**

Sinais de alerta E gravidade da Síndrome Gripal	<input type="checkbox"/> Febre persistente > 39°C	<input type="checkbox"/> Convulsão (crianças)
	<input type="checkbox"/> Dispneia	<input type="checkbox"/> Cianose central
	<input type="checkbox"/> Retração Subcostal severa	<input type="checkbox"/> Ronco
	<input type="checkbox"/> Batimento de asa do nariz (crianças)	<input type="checkbox"/> SpO <sub>2</sub> gestante < 95% em ar ambiente
	<input type="checkbox"/> Taquipneia > 23irpm	<input type="checkbox"/> Taquipneia (crianças). Veja o quadro.
	<input type="checkbox"/> Movimento paradoxal do abdome (crianças)	PADRÃO REGULAR DE FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA EM CRIANÇAS
	<input type="checkbox"/> Sintomas de hipotensão (crianças)	
	<input type="checkbox"/> Bradpneia e ritmo respiratório irregular (crianças)	
	<input type="checkbox"/> PAS <90mmHg e /ou PAD <60mmHg	
	<input type="checkbox"/> SpO <sub>2</sub> < 94% (em ar ambiente)	
	<input type="checkbox"/> Confusão e letargia	
	<input type="checkbox"/> Inapetência p/ amamentação/ ingestão de líquidos	
	<input type="checkbox"/> Condição de risco e/ou situação de vulnerabilidade:	

**ESTRATIFICAÇÃO DE GRAVIDADE**

MODERADO	<input type="checkbox"/>	Pneumonia leve (febre, tosse, dispneia com FR > 23irpm, estertores creptantes ou roncos), Sat O <sub>2</sub> ≥ 94%
GRAVE	<input type="checkbox"/>	FR > 23 irpm, hipoxemia (Sat O <sub>2</sub> < 94 %), Sepse, comprometimento pulmonar > 50% em imagem de TC
CRÍTICO	<input type="checkbox"/>	Síndrome Respiratória Aguda Grave, Choque Séptico

**AVALIAÇÃO E CONDUTA**

**Avaliação:**

**Conduta:**

**CONTATO PRÉVIO**

Data e hora: Serviço: Contato com (nome):

Encaminhamento:

\* Unidade de Referência e Setor Responsável pelo Transporte/ Remoção

Brasília, \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Profissional Requerente: \_\_\_\_\_

\* Conforme Nota Técnica Nº 1/2020 – SES/SAIS/CAT – COVID19, Processo SEI 00060-00221767/2020-17