



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

**TRANSFERÊNCIA 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)	<b>PADRÃO REGULAR DE FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA EM CRIANÇAS</b>  Até 01 ano (30-53irpm) 01 – 02 anos (22-37irpm) 03 – 05 anos (20 – 28 irpm) 04 – 11 anos (18 – 25 irpm) 12 – 20 anos (12 – 20 irpm)	
	<input type="checkbox"/>	Sintomas de hipotensão (crianças)		
	<input type="checkbox"/>	Bradipneia 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 crepitantes ou roncos), Sat O <sub>2</sub> ≥ 94%
GRAVE	<input type="checkbox"/>	FR > 23 irpm, hipoxemia (Sat O <sub>2</sub> < 94 %), Seps, 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