

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/lipotimia ()

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: _____