

FAST-TRACK COVID – 19 – MINISTÉRIO DA SAÚDE

DATA DO ATENDIMENTO ____/____/____

Nome: _____

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

Tel/ cel: () _____ CPF: _____

ESF: _____ Endereço: _____

Cartão SUS: _____ Raça/Cor: _____

Data do INÍCIO dos sintomas: ____/____/____

Apresenta ou apresentou FEBRE nos últimos 2 dia? () SIM () NÃO

Apresenta sintomas respiratórios?

- () TOSSE () DOR DE GARGANTA
 () DISPNEIA () DESCONFORTO RESPIRATÓRIO

OUTROS: _____

Apresenta outros sinais e sintomas relevantes? () SIM () NÃO

() CEFALEIA () TONTURA () CORIZA () CALAFRIOS

() DOR TORÁXICA () DIARREIA () VÔMITO () CONGESTÃO NASAL

OUTROS: _____

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

SINAIS VITAIS

(T. ax): _____ (FC): _____ (FR): _____ (Sat): _____

(PA): _____ Peso: _____

NOTIFICAÇÃO IMEDIATA – realizada? () SIM () NÃO

Apresenta outras comorbidades? () SIM () NÃO

() HAS () DM () OBESIDADE () GESTANTE () ASMA

OUTROS: _____

Medicamentos de uso contínuo () SIM () NÃO

Se sim, descreva: _____

Apresenta alergias de medicamentos () SIM () NÃO

Se sim, descreva: _____

História de cirurgias prévias ou internações recentes () SIM () NÃO

Se sim, descreva: _____

Vacina COVID-19: () D1 () D2 () D3 () DU

RT-PCR: () DETECTÁVEL () NÃO DETECTÁVEO () INCONCLUSIVEL

MÉDICO (A)

Classificação de gravidade: LEVE () MODERADO () GRAVE ()

FAST-TRACK COVID – 19 – MINISTÉRIO DA SAÚDE

DATA DO ATENDIMENTO ____/____/____

Nome: _____

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

Tel/ cel: () _____ CPF: _____

ESF: _____ Endereço: _____

Cartão SUS: _____ Raça/Cor: _____

Data do INÍCIO dos sintomas: ____/____/____

Apresenta ou apresentou FEBRE nos últimos 2 dia? () SIM () NÃO

Apresenta sintomas respiratórios?

- () TOSSE () DOR DE GARGANTA
 () DISPNEIA () DESCONFORTO RESPIRATÓRIO

OUTROS: _____

Apresenta outros sinais e sintomas relevantes? () SIM () NÃO

() CEFALEIA () TONTURA () CORIZA () CALAFRIOS

() DOR TORÁXICA () DIARREIA () VÔMITO () CONGESTÃO NASAL

OUTROS: _____

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

SINAIS VITAIS

(T. ax): _____ (FC): _____ (FR): _____ (Sat): _____

(PA): _____ Peso: _____

NOTIFICAÇÃO IMEDIATA – realizada? () SIM () NÃO

Apresenta outras comorbidades? () SIM () NÃO

() HAS () DM () OBESIDADE () GESTANTE () ASMA

OUTROS: _____

Medicamentos de uso contínuo () SIM () NÃO

Se sim, descreva: _____

Apresenta alergias de medicamentos () SIM () NÃO

Se sim, descreva: _____

História de cirurgias prévias ou internações recentes () SIM () NÃO

Se sim, descreva: _____

Vacina COVID-19: () D1 () D2 () D3 () DU

RT-PCR: () DETECTÁVEL () NÃO DETECTÁVEO () INCONCLUSIVEL

MÉDICO (A)

Classificação de gravidade: LEVE () MODERADO () GRAVE ()