

FICHA CLÍNICA INICIAL - DENGUE / CHIKUNGUNYA / ZIKA

Nº CARTÃO SUS: _____

Nº SINAN: _____

Unidade: _____

Preencher ou colar etiqueta

Nome: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: ____ anos: ____ meses: ____ Sexo: () Feminino () Masculino

Nome da Mãe: _____

Endereço: _____

Referência: _____

Telefone: _____ Celular: _____

Gestante: () Sim () Não Trimestre: () 1º () 2º () 3º

TRIAGEM / CONSULTA MÉDICA

Realizado por: _____

História clínica

Febre: ☐ Sim ☐ Não Quantos dias: _____ Dor de cabeça: ☐ Sim ☐ Não

Dor Muscular: ☐ Sim ☐ Não Calafrios: ☐ Sim ☐ Não

Coriza Recente: ☐ Sim ☐ Não Dor de Garganta: ☐ Sim ☐ Não

Náusea: ☐ Sim ☐ Não Sonolência: ☐ Sim ☐ Não

Dor Abdominal: ☐ Sim ☐ Não Dor atrás dos olhos: ☐ Sim ☐ Não Vômito: ☐ Sim ☐ Não

Articulações: Dor: ☐ Sim ☐ Não Se sim, locais: Punho () Cotovelo () Mão () Joelho () Tornozelo ()
Sinais flogísticos: ☐ Sim ☐ Não Se sim, locais: Punho () Cotovelo () Mão () Joelho () Tornozelo ()

Exantema: ☐ Sim ☐ Não Quantos dias: _____

Tosse: ☐ Sim ☐ Não Diarréia: ☐ Sim ☐ Não

Irritabilidade: ☐ Sim ☐ Não Letargia: ☐ Sim ☐ Não

Sangramento: ☐ Sim ☐ Não Se sim, assinalar: Gengiva () Nariz () Urina () Petequia () Melena ()

Enterorragia () Trato Gastro Intestinal () Hematemese () Outro local: _____

Outros sintomas: _____

Já teve Dengue? ☐ Sim ☐ Não ☐ Não Sabe Se sim, quando? _____

Já foi vacinado contra Febre Amarela? ☐ Sim ☐ Não ☐ Não Sabe Se sim, quando? _____

Tem comorbidades? ☐ Sim ☐ Não ☐ Não Sabe Se sim, assinalar: HAS () Diabetes () Problemas Cardíacos ()

Problemas Respiratórios () Problemas Renais () Problemas Neurológicos () Outros: _____

EXAME FÍSICO

BEG () REG () MEG ()

Respiratório: _____ Cardiovascular: _____ Gastrointestinal: _____

Outras alterações: _____

Prova do Laço: ☐ Positivo ☐ Negativo ☐ Não Realizado

Peso: _____ kg Outros: _____

Monitoramento:								
Data								
Horário								
PA em pé (mmHg)								
PA sentado/deitado (mmHg)								
FC (bpm)								
Temperatura (C°)								
Hematócritos								
Leucócitos								
Plaquetas								
RX Torax: _____ USG: _____								

1 - Teste Rápido Dengue - data de coleta ____/____/____ NS1 () Não Reagente () Reagente IgM () Não Reagente () Reagente
2 - NS1 Elisa - Dengue - data de coleta ____/____/____ () Não Reagente () Reagente
3 - IgM Elisa - Dengue - data de coleta ____/____/____ () Não Reagente () Reagente
4 - PCR Chikungunya - data de coleta ____/____/____ () Não Reagente () Reagente
5 - IgM Elisa Chikungunya - data de coleta ____/____/____ () Não Reagente () Reagente
6 - PCR Zika - sangue - data de coleta ____/____/____ () Não Reagente () Reagente
7 - PCR Zika - urina - data de coleta ____/____/____ () Não Reagente () Reagente
8 - Outros - qual _____ data de coleta ____/____/____

PRESCRIÇÃO MÉDICA	
<input type="checkbox"/>	Grupo A - sem petéquias, prova de laço neg,sem comorbidades, sem condições clínicas especiais (Gestante, > 65 anos e < 02 anos), sem sinais de alarme, sem sinais de choque: <u>Hidratação VO</u> VO: 60 a 80 ml/kg/dia (1/3 SRO e 2/3 outros líquidos) + orientação
<input type="checkbox"/>	Grupo B - petéquias ou prova do laço (+) ou comorbidades ou gestante ou < 2 anos ou > 65 anos e/ou risco social: <u>obrigatório Ht e plaquetas - hidratar enquanto aguarda resultado (2 a 4h). Se com hemoconcentração - hidratar e reavaliar. Se sem hemoconcentração - retorno diário + hidratação do grupo A.</u> 60 a 80 ml/kg/dia (1/3 em SRO) - 1/3 do volume em 04 horas no serviço _____ ou EV: SF 0,9% ou Ringer Lactato - 40 ml/kg em 04 horas _____ Reavaliação: Estado geral _____ PA _____ hematócrito _____
<input type="checkbox"/>	Grupo C - sinais de alarme - dor abdominal intensa e contínua, vômitos persistentes, acúmulo de líquidos (ascite, derrame pleural, etc), sangramento de mucosas (gingivorragia, epistaxe, etc), letargia, irritabilidade, hipotensão postural, lipotímia, hepatomegalia > 2cm, aumento progressivo do hematócrito, queda abrupta de plaquetas: <u>HIDRATAR E MONITORAR - INTERNAÇÃO MÍNIMA POR 48H</u> SF 0,9% 20ml/kg em 2h (repetir até 3 vezes) ou _____ ml EV _____ SRL 20 ml/kg por 2h (repetir até 3 vezes) _____ ml EV _____ Novo hemograma após hidratação (em 2 Horas) _____ Reavaliação: (sinais vitais, PA, diurese ≥ 1m/kg/h, hematócrito): _____
<input type="checkbox"/>	Grupo D - sinais de choque ou disfunção grave de algum órgão. <u>INICIAR MONITORAMENTO ANTES DE TRANSFERIR E MONITORAMENTO CONTÍNUO - VAGA DE UTI</u> SF 0,9% 20ml/kg em 20 min (repetir até 3 vezes) ou _____ ml EV _____ SRL 20 ml/kg por 20 min (repetir até 3 vezes) _____ ml EV _____ Novo hemograma após hidratação (em 2 Horas) _____ Reavaliação clínica a cada 15 minutos: _____

DEMAIS MEDICAMENTOS	
DIPIRONA SÓDICA 500MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL	_____ Amp EV Fq _____
PARACETAMOL 500 MG COMPRIMIDO	_____ CP VO Fq _____
METOCLOPRAMIDA CLORIDRATO 5MG/ML	_____ Amp EV Fq _____
DIMENIDRINATO 50MG/ML + PIRIDOXINA CLORIDRATO (VIT.B6) 50MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL AMP.1 ML IM	_____ Amp EV Fq _____
_____	_____
_____	_____

CONDUTA FINAL	
() Alta () Transferência - Data: ____/____/____ Local: _____ () Retorno - Data: ____/____/____ () Internação	_____
Carimbo Médico/CRM	