



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: Hidratação VO 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: 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. 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: HIDRATAR E MONITORAR - INTERNAÇÃO MÍNIMA POR 48H 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. INICIAR MONITORAMENTO ANTES DE TRANSFERIR E MONITORAMENTO CONTÍNUO - VAGA DE UTI 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