



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

CONTRARREFERÊNCIA HOSPITAL/UPA (COVID - 19)

IDENTIFICAÇÃO

Nome:	DN:	
Nome Social:	Nome da Mãe:	
CNS/CPF:	SES:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Endereço:	Cidade/UF:	
Telefone:	Região de saúde do domicílio:	
Hospital Regional/UPA:		

INTERNAÇÃO

<input type="checkbox"/> SIM	Data da admissão:	<input type="checkbox"/> NÃO
Tempo de internação:	Esteve em UTI: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Classificação: <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado sem fatores de risco <input type="checkbox"/> Moderado COM fatores de risco
Diagnósticos secundários:		Avaliação Médica? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Intercorrências durante internação:		Ficou em observação? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO

Exames realizados/Resultados: Tomografia
 Laboratoriais

Outros:

Coleta de exame: IgG IgM Swab Nasal (RT/PCR) Exame não realizado

Data da coleta: ___/___/___ **Resultado:** Reagente Não-Reagente

Notificado:
 SIM NÃO

ENCAMINHAMENTOS

Condutas: Alta do episódio Isolamento domiciliar por ___(dias) Telemonitoramento APS Consulta UBS de referência Oxigenoterapia domiciliar Contato com NRAD (FAD) Outros:

Reavaliação em: ___/___/___, Local: _____ Contato UBS referência: NÃO SIM

Medicamentos prescritos:

Observações complementares:

Data:

Assinatura Profissional/Carimbo/Setor:

TRANSFERÊNCIA DE CUIDADOS DE PACIENTES* (COVID - 19)

IDENTIFICAÇÃO

Nome:		DN:	
Nome social:		Nome da Mãe:	
CPF/CNS:	SES:	Sexo:	<input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.
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		Notificado: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	

SINAIS VITAIS

DATA E HORÁRIO	SatO2 (%)	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"/>	SpO2 gestante < 95% em ar ambiente
	<input type="checkbox"/>	Taquipneia > 23irpm (adultos)	<input type="checkbox"/>	Taquipneia (crianças). Veja o quadro.
	<input type="checkbox"/>	Movimento paradoxal do abdome (crianças)	PADRÃO REGULAR DE FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA EM CRIANÇAS <i>Até 01 ano (30 - 53irpm)</i> <i>01 - 02 anos (22 - 37irpm)</i> <i>03 - 05 anos (20 - 28irpm)</i> <i>04 - 11 anos (18 - 25irpm)</i> <i>12 - 20 anos (12 - 20irpm)</i>	
	<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"/>	SpO2 < 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 GRAVIDADE

MODERADO	<input type="checkbox"/>	Pneumonia leve (febre, tosse, dispneia com FR > 23irpm, estertores crepitantes ou roncos), SatO2 ≥ 94%
GRAVE	<input type="checkbox"/>	FR > 23 irpm, Hipoxemia (SatO2 < 94%), Sepse, Comprometimento pulmonar > 50% em imagem de TC
CRITICO	<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 Requisitante: _____

*Conforme Nota Técnica N.º 1/2020 - SES/SAIS/CAT-COVID19, Processo SEI 00060-00221767/2020-17