



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

## TRANSFERÊNCIA DE CUIDADOS DE PACIENTES (COVID - 19) – REFERÊNCIA

### 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:   |       |  |
| <b>Coleta de exame:</b> <input type="checkbox"/> IgG <input type="checkbox"/> IgM <input type="checkbox"/> Swab Nasal (RT/PCR) <input type="checkbox"/> Exame não realizado | <b>Realização:</b> / /   |       |  |
| <b>Resultado:</b> <input type="checkbox"/> Reagente <input type="checkbox"/> Não-Reagente   | <b>Notificado:</b> <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

|  |                          |   |                          |  |
|--|--------------------------|---|--------------------------|--|
| <b>Sinais de alerta e gravidade da Síndrome Gripal</b> | <input type="checkbox"/> | Febre persistente > 39°C por 3 ou mais dias               | <input type="checkbox"/> | Batimento de asa do nariz (crianças)   |
|  | <input type="checkbox"/> | Dispneia  | <input type="checkbox"/> | Cianose central  |
|  | <input type="checkbox"/> | Taquipneia > 23irpm (adultos)                             | <input type="checkbox"/> | Bradipneia e ritmo respiratório irregular (crianças)   |
|  | <input type="checkbox"/> | SpO2 < 94% (em ar ambiente)                               | <input type="checkbox"/> | Retração Subcostal severa  |
|  | <input type="checkbox"/> | SpO2 < 95% em ar ambiente (gestantes e crianças)          | <input type="checkbox"/> | Roncos   |
|  | <input type="checkbox"/> | Movimento paradoxal do abdome (crianças)                  | <input type="checkbox"/> | Taquipneia (crianças):<br>Até 02 meses (>60ipm)<br>2 a 11 meses (>50ipm)<br>1 a 5 anos (>40ipm)<br>6 a 8 anos (>30ipm)<br>Acima de 8 anos (>25ipm) |
|  | <input type="checkbox"/> | Sintomas de hipotensão (crianças)                         |                          |  |
|  | <input type="checkbox"/> | PAS < 90mmHg e/ou PAD < 60mmHg                            |                          |  |
|  | <input type="checkbox"/> | Confusão e letargia                                       |                          |  |
|  | <input type="checkbox"/> | Convulsão (crianças)                                      |                          |  |
|  | <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"/> | Hipoxemia (SatO2 < 94%); Seps; Pneumonia com comprometimento pulmonar >25% em imagem de TC             |
| CRÍTICO  | <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: \_\_\_\_\_



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

**Exames realizados/Resultados:**  Tomografia  
 Laboratoriais

Outros:

|   |   |
|---|---|
| <b>Coleta de exame:</b> <input type="checkbox"/> IgG <input type="checkbox"/> IgM <input type="checkbox"/> Swab Nasal (RT/PCR) <input type="checkbox"/> Exame não realizado | <b>Notificado:</b><br><input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO |
| <b>Data da coleta:</b> ___/___/____ <b>Resultado:</b> <input type="checkbox"/> Reagente <input type="checkbox"/> Não-Reagente   |   |

### 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:**

|              |   |
|--------------|---|
| <b>Data:</b> | <b>Assinatura Profissional/Carimbo/Setor:</b> |
|--------------|---|