

RECEPÇÃO/AGENTES COMUNITÁRIOS/AUXILIAR E TÉCNICOS EM SAÚDE BUCAL

Nome: _____ CRA: _____

DN: _____ Idade: _____ Sexo: _____ Tel/cel: () _____

Motivo de procura da USF: _____

Queixa de sintomas de síndrome respiratória (tosse, dor de garganta, desconforto respiratório com ou sem febre)?

() SIM

Forneça uma máscara cirúrgica, oriente higienização imediata das mãos/forneça álcool gel, solicite que evite tocar no rosto e em superfícies e direcione para atendimento do auxiliar ou técnico de Enfermagem/Enfermeiro(a) em uma área separada ou sala específica visando o isolamento respiratório. A sala deve ser mantida com a porta fechada, janelas abertas e ar condicionado desligado

AUXILIAR DE ENFERMAGEM

Sinais vitais: Tax: _____ PA: _____ FC: _____

FR: _____ SatO2: _____

Observação: Caso a pessoa apresente sintomas respiratórios graves ou outro sinal e sintoma preocupante, acione imediatamente enfermeiro e/ou médico (a). Caso contrário, mantenha a pessoa com máscara cirúrgica e direcione para o atendimento do enfermeiro (a).

ENFERMEIRO/DENTISTA

Apresenta ou apresentou febre ? () SIM () NÃO

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

Apresenta outros sinais e sintomas de gravidade : () SIM () NÃO

Se sim, descreva: _____

Avaliação Geral: Apresenta outras comorbidades ? () sim () não

Se sim, descreva: _____

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: _____

CONTINUAÇÃO ENFERMEIRO/DENTISTA

Observação: Caso a pessoa apresente sintomas respiratórios graves ou outro sinal e sintoma preocupante, acione imediatamente o médico (a).

Caso contrário, mantenha a pessoa com máscara cirúrgica e direcione para o atendimento do médico(a).

Notificar imediatamente via formulário específico Vigilância Epidemiológica - SJC

MÉDICOS

Revisão da história clínica (sintomas de síndrome gripal com ou sem febre).

Avaliar outros sinais e sintomas, diagnósticos alternativos, descompensação de comorbidades, etc.

Classificação de gravidade

() CASO GRAVE - ESTABILIZAÇÃO/ENCAMINHAMENTO PARA REFERÊNCIA/ UPAS

() CASO LEVE – avaliar comorbidades.

Realizar manejo clínico apropriado, orientações de isolamento domiciliar e monitoramento de 24/48 horas presencial (conforme necessidade clínica) ou por telefone.

- Fornecer atestado médico de 14 dias, a partir do início dos sintomas, para propiciar o isolamento domiciliar - CID 10: J11 (Síndrome Gripal) ou B34.2 (COVID-19).
- Profissionais contactantes domiciliares assintomáticos de pacientes suspeitos ou confirmados de Síndrome Gripal e profissional de saúde com suspeita de Síndrome Gripal, seguir as orientações do Boletim Epidemiológico Nº 7 de 6 de abril de 2020 do Ministério da Saúde pág 27 e 28.
- Preencher entregar para o paciente o material **Cuidados Domésticos do Paciente e Isolamento**.
- O **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido** deve ser preenchido e assinado e também fica na Unidade.
- O **Termo de Notificação do Isolamento** deve ter uma parte entregue para o paciente e um parte para fica na unidade
- Fornecer atestado para os familiares residentes no mesmo domicílio (CID 10 - Z20.9 - Contato com exposição a doença transmissível não especificada), se necessário, mediante assinatura do **Termo de Declaração**, com os nomes de todos os familiares do mesmo domicílio e assinado pelo paciente (Esse documento fica na UBS).

Anotar todas as informações deste formulário no prontuário eletrônico.

Observação: Caso a pessoa apresente sinais ou sintomas de gravidade ou comorbidades que contra indiquem o isolamento domiciliar, entrar em contato com seu centro de referência para promover hospitalização.

Fornecer atestado quando necessário comprovar ausência (trabalho, escola) e assim propiciar o isolamento domiciliar. Orientar familiares a buscar atendimento ao início de sintomas nos mesmos. Para mais informações, consultar Protocolo de Manejo Clínico.

Indicação de Monitoramento: () 24h - paciente com comorbidades
() 48h - paciente sem comorbidades

____/____/____
DATA ATENDIMENTO

____/____/____
DATA FIM ISOLAMENTO

Assinatura/carimbo profissionais: