

11 FICHA DE CONTROLE DE ACOMPANHAMENTO DO ESTADO DE SAÚDE DE PACIENTE COVID-19

HER-SYS ID:		Endereço				TEL: - -		Email: @				
Nome		Data de início da recuperação em casa: (ano / mês / dia): (ano) (mês) (dia)										
		Data de início da recuperação em casa	__ dia após o início									
Data e horário da entrevista		/ : / : / :	/ : / : / :	/ : / : / :	/ : / : / :	/ : / : / :	/ : / : / :	/ : / : / :	/ : / : / :	/ : / : / :	/ : / : / :	/ : / : / :
Temperatura corporal		°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C
Saturação de oxigênio (Oxímetro de pulso)		%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
[Expressão/aparência facial] ★ A tez está visivelmente pálida ★ Os lábios estão roxos ★ Aparência estranha e diferente do normal		Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim
[Catarro / tosse] tos se e catarro piorando		Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim
[Falta de ar] ★ Respiração ofegante (alta frequência respiratória) ★ Sentir-se asfiziado repentinamente ★ Dificuldade em respirar mesmo quando se movimenta um pouco no dia a dia ★ Dores no peito ★ Não consegue se deitar. Não consegue respirar, a menos que se sente ★ Respiração profunda e difícil / respira com chiado		Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim
[Mal-estar geral] É difícil levantar		Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim
[Náusea / vômito] náusea ou vômito continuam		Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim
[Diarreia] diarreia frequente (três ou mais vezes por dia)		Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim
[Distúrbio de consciência] ★ Consciência vaga (reação lenta) ★ Consciência nublada (não responde a chamadas) ★ Aritmia, sensação de que o ritmo do pulso está desordenado		Não / Sim · Desconhecido, por não ter quem more junto	Não / Sim · Desconhecido, por ter quem more junto	Não / Sim · Desconhecido, por ter quem more junto	Não / Sim · Desconhecido, por ter quem more junto	Não / Sim · Desconhecido, por ter quem more junto	Não / Sim · Desconhecido, por ter quem more junto	Não / Sim · Desconhecido, por ter quem more junto	Não / Sim · Desconhecido, por ter quem more junto	Não / Sim · Desconhecido, por ter quem more junto	Não / Sim · Desconhecido, por ter quem more junto	Não / Sim · Desconhecido, por ter quem more junto
Outros	Não consegue comer	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim
	Sem urinar em um período de 12 horas	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim
	Outros sintomas: (nariz escorrendo ou entupido, dor de garganta, hiperemia conjuntival, dor de cabeça, dores nas articulações e músculos, convulsões, outros sintomas perceptíveis)	(sintomas específicos)										
Parecer												
Recomendação de consulta médica		Sim / Não	Sim / Não	Sim / Não	Sim / Não	Sim / Não	Sim / Não	Sim / Não	Sim / Não	Sim / Não	Sim / Não	Sim / Não
Observação												

Centro de Saúde : _____ Unidade: _____

TEL : _____ FAX : _____