



PREFEITURA MUNICIPAL DE PIRASSUNUNGA

**Estado de São Paulo
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

TRIAGEM RESPIRATÓRIA

IDENTIFICAÇÃO

Nome completo (sem abreviação): _____

Sexo: () M () F DN: ___/___/___ Idade: _____

Endereço completo: _____

Telefone: () _____ Celular: () _____

COLETA DE DADOS:

Início dos sintomas: ___/___/___

PA: _____ FR: _____ FC: _____ T: _____ SatO2: _____

Sinais e sintomas apresentados:

- | | | | |
|-----------------------------|------------------------------|-------------------------------|-------------------------|
| () Febre | () Cefaleia (dor de cabeça) | () Dificuldade para deglutir | () Sinais de cianose |
| () Tosse | () Coriza | () Manchas vermelhas pelo | () Tiragem intercostal |
| () Dor de garganta | () Adinamia (fraqueza) | corpo | () Outros: _____ |
| () Dificuldade de respirar | () Produção de escarro | () Gânglios linfáticos | _____ |
| () Mialgia/artralgia | () Calafrios | aumentados | _____ |
| () Diarreia | () Congestão nasal | () Batimento das asas | _____ |
| () Náusea/vômitos | () Congestão conjuntival | nasais | _____ |

Vacinação contra influenza: () 2019 () 2020 () não vacinado nos últimos anos

Morbidades prévias:

- | | |
|--|--|
| () Doença cardiovascular, incluindo hipertensão | () Doença pulmonar crônica |
| () Diabetes | () Neoplasia (tumor sólido ou hematológico) |
| () Doença hepática | () Uso de imunossupressor |
| () Doença neurológica crônica ou neuromuscular | () Transplantado |
| () Imunodeficiência | () Quimioterapia |
| () Infecção pelo HIV | () Outras: _____ |
| () Doença renal | _____ |

HISTÓRICO DE EXPOSIÇÃO:

Contato próximo com caso CONFIRMADO laboratorialmente para COVID-19

() sim () não

OCUPAÇÃO DO CASO SUSPEITO:

- | | |
|----------------------------------|-------------------------------------|
| () Profissional da Saúde | () Trabalho em contato com animais |
| () Estudante da área da Saúde | () Outros _____ |
| () Profissionais de laboratório | |



PREFEITURA MUNICIPAL DE PIRASSUNUNGA

**Estado de São Paulo
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

CONDUTA APÓS AVALIAÇÃO MÉDICA:

- () Paciente SEM Síndrome Respiratória Aguda Grave (FR < 24 ipm e saturação O₂ ≥ 93% em ar ambiente)
- Não notificar
 - Prescrever sintomáticos
 - Não colher swab de naso e orofaringe
 - Orientar isolamento domiciliar de acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde
 - Pacientes sintomáticos respiratórios com comorbidades – prescrever Oseltamivir
- () Paciente COM Síndrome Respiratória Aguda Grave (FR ≥ 24 irpm e/ou Saturação < 93% em ar ambiente)
- Encaminhar a Santa Casa de Misericórdia de Pirassununga

DESFECHO DO CASO:

- () Domicílio COM indicação de isolamento (Síndrome respiratória estável)
- () Domicílio SEM indicação de isolamento (Provável não COVID-19)
- () Observação/Internação hospitalar

Responsável pelo preenchimento: _____

Enfermagem: _____

Médico: _____

NOTIFICAÇÃO DE ISOLAMENTO

O (A) Senhor(a) está sendo notificado(a) sobre a necessidade de adoção de medida sanitária de isolamento, bem como as pessoas que residem no mesmo endereço. Essa medida é necessária, pois visa prevenir a dispersão da COVID-19.

Data de início: ____ / ____ / ____

Previsão de término: ____ / ____ / ____

Assinatura do profissional: _____

Nome das pessoas que residem no mesmo endereço que deverão cumprir medida de isolamento domiciliar:

Assinatura do paciente sintomático: _____

Unidade de Saúde: _____ Data: ____ / ____ / ____ Hora: ____:____