

RELATÓRIO DE ALTA QUALIFICADA COVID-19/SÍNDROME GRIPAL

Versão AGO/2021

IDENTIFICAÇÃO DO(A) PACIENTE preencher os dados abaixo ou colar uma etiqueta institucional que contemple estas informações

Nome/ Nome Social do(a) paciente _____

Sexo Biológico: Feminino Masculino Prefere não informar Outro:

Data de Nascimento: _____ CPF SIS CROSS:

Endereço do(a) paciente: _____

Telefone(s): de contato: _____

LOCAL DE PERMANÊNCIA

CTE ÉDEN CTE SÃO GUI CTE ZL CTE ZN CTE ZO PA LARANJEIRAS

GPACI HOSPITAL AMHEMED HOSPITAL SANTA LUCINDA SANTA CASA DE SOROCABA

OUTRO:

DT. INÍCIO SINTOMAS: _____ **DT. ENTRADA:** _____ **DT. ALTA:** _____

Necessitou de UTI/Suporte Avançado? NÃO SIM → PERÍODO(S) DE PERMANÊNCIA: _____

TESTAGEM

PCR DATA: _____

SOROLOGIA DATA: _____

OUTRO DATA: _____

COVID-19 POSITIVO¹ SUSPEITO⁴ INDETERMINADO⁴

INFLUENZA A POSITIVO² SUSPEITO⁴ INDETERMINADO⁴

INFLUENZA B POSITIVO³ SUSPEITO⁴ INDETERMINADO⁴

DIAGNÓSTICO(S) DURANTE A INTERNAÇÃO: SÍNDROME GRIPAL⁴ COVID-19¹ SRAG? SIM NÃO

INFLUENZA A² INFLUENZA B³ BRONQUIOLITE ASMA

OUTROS DIAGNÓSTICOS: _____

COMORBIDADES

SEM COMORBIDADES CRÔNICAS HAS DM

Obesidade/ Sobrepeso Asma/Bebê Chiador DPOC

Tabagista / Ex- Tabagista Doença Autoimune Câncer (Exceto Câncer de Pele Não Melanoma)

Neuropatia Cardiopatia Prematuridade (Idade Gestacional no parto _____)

Doença Hematológicas primárias (ex.: Talassemias, Dç. Falciforme e afins) Doença Renal Crônica em estágios 3,4 ou 5

Doença Cromossômica com estado de fragilidade imunológica Outras doenças que cursam com imunodeficiência

Outras: _____

Alergias? Não Sim:

SE **GESTANTE** **PUÉRPERA** (preencher também google forms específico)

Data do parto/DPP: _____

DUM: _____

Tipo de parto: _____

Local do Pré-Natal: _____

SE RN Tipo de parto: _____

Apgar e peso ao nascer g

Perímetro cefálico cm Perímetro torácico cm

Aleitamento materno? Não Sim (se sim é exclusivo?) Sim Não

2º Coleta de PCR Data: _____

MEDICAMENTOS/ TRATAMENTOS UTILIZADOS DURANTE A PERMANÊNCIA NA INSTITUIÇÃO

Ceftriaxona mg/d por dias Azitromicina mg/d por dias Claritromicina mg/d por dias

Outro(s) ATB(s): _____

ANTICOAGULAÇÃO? não utilizou dose profilática dose intermediária dose plena

CORTICOTERAPIA? não utilizou por via oral/enteral/infusional por via inalatória/ aspirativa Nome do corticoide: _____

SUPORTE VENTILATÓRIO? não utilizou ≤ 5L/min de O₂ > 5L/min de O₂ VNI IOT + VM

Dosagem diária: _____

Outro(s) medicamento(s) pertinente(s): _____

INFORMAÇÕES NA ALTA * pA: x mmHg FC bpm Dx: mg/dL peso: , g kg (circule a unid de peso)

*colocar apenas o que for (ou se for) pertinente

CRITÉRIO DE ALTA (recomenda-se que o paciente deva preencher todos os 04 critérios abaixo. Caso não preencha, justificar no espaço):

1 afebril (< 37,8°C) a mais de 24h

2 frequência respiratória (FR) abaixo do limite superior de normalidade para a faixa etária: FR na alta ipm

Faixa Etária	0m - 11m29d	1 - 2a11m29d	3a - 5a11m29d	6a - 11a11m29d	12a - 17anos	> 17 anos
FR (ipm)	até 53 ipm	até 37 ipm	até 28 ipm	até 25 ipm	até 20 ipm	até 22 ipm

ipm= incursões por minuto; a= ano/anos; m=mês/meses; d=dia/dias

3 Saturação de O₂ em ar ambiente acima de 93% ou acima do parâmetro esperado para a patologia de base (ex.: DPOC SatO₂ > 88%)
Circule aqui a Sat O₂(%) no momento da alta: 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100

4 Ausência de desconforto respiratório

justifique abaixo a condição que permite o(a) paciente receber alta apesar de não preencher os 04 critérios:

DESCREVER AQUI ALTERAÇÕES DO EXAME FÍSICO E/OU COMPLEMENTAR QUE DEVEM SER MONITORADO/ACOMPANHADO

ENCAMINHAR PACIENTE PARA:

PACIENTE RECEBE ALTA COM

RECEITA MÉDICA?	<input type="radio"/> SIM	<input type="radio"/> NÃO
RESULTADO DE EXAMES LABORATORIAIS?	<input type="radio"/> SIM	<input type="radio"/> NÃO
RESULTADO DE EXAMES DE IMAGEM	<input type="radio"/> SIM	<input type="radio"/> NÃO

LINK DE INSCRIÇÃO (A SER PREENCHIDA PELA INSTITUIÇÃO DA ALTA):

<https://saude.sorocaba.sp.gov.br/sindromegripal>

NOME DO(A) PROFISSIONAL MÉDICO(A):

Nº DE CRM/RMS

ESTADO DO CONSELHO

ASSINATURA DO(A) PROFISSIONAL

5