

**TÉCNICO(A) DE ENFERMAGEM**

Nome do paciente: _____

Data de Nascimento: _____ Idade: _____ Sexo: _____ Tel/cel: () _____

Endereço: _____

CPF: _____ Cartão SUS: _____

Apresenta ou apresentou febre nos últimos 2 dias? () SIM () NÃO

Apresenta sintomas respiratórios (tosse, dor de garganta ou desconforto respiratório)? () SIM () NÃO

Apresenta outros sinais e sintomas relevantes: () SIM () NÃO

Se sim, descreva: _____

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

**MÉDICO(A)**

Avaliar comorbidades que indicam encaminhamento para centro de referência.

ACOMPANHAMENTO NA UBS? () SIM () NÃO

Realizar manejo clínico apropriado (medicamentos sintomáticos, prescrever oseltamivir para pessoas com condições de risco para complicações etc.) e dar orientações de isolamento domiciliar. Fornecer atestado médico de 14 dias para propiciar o isolamento domiciliar para paciente (CID 10: J11 - Síndrome Gripal) e seus contatos da casa (CID 10: Z20.9 - Contato com exposição a doença transmissível especificada).

NOTIFICAR imediatamente via formulário pelo FormSUS2 <http://bit.ly/notificaCOVID19>.

Anotar informações no prontuário.

**AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE**

Receitas/atestados entregues do caso do paciente? () SIM () NÃO

**ENFERMEIRO(A)**

Reavaliação por telefone a cada 48hs.

Data: _____

Apresenta piora clínica ou febre persistente desde a última avaliação? () SIM () NÃO

Apresenta sinais de gravidade desde a última avaliação? () SIM () NÃO

Conduta:

() Seguimento () Reavaliação presencial () Encaminhamento para emergência