



PREFEITURA MUNICIPAL DE PARÁ DE MINAS SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Avenida Orlando Maurício dos Santos n 222 3º andar Bairro Senador Valadares
Pará de Minas/ MG – CEP:35661-034 / Telefone: (37) 3233-5800 Fax: (37) 3233-5829

Pará de Minas, 08 de Julho de 2020

Nota Informativa nº 25/2020

Responsáveis: Wagner Magesty Silveira– Secretário Municipal de Saúde, Núcleo de Atenção de Primária à Saúde, Equipe Multidisciplinar (EMAD), Unidade de Pronto Atendimento Municipal (UPA) e Comissão Técnica de Enfrentamento a COVID-19.

Assunto: Fluxo de Assistência aos Casos Suspeitos e aos Contatos de Casos Suspeitos.

Esta Nota Informativa revoga a Nota Informativa 02/2020, altera a Nota Informativa 20/2020, no que diz respeito aos critérios para acompanhamento pela EMAD-COVID19 (Equipe Multidisciplinar de Assistência Domiciliar) e altera o instrumento de triagem e de telemonitoramento, presentes na Nota Informativa 06/2020.

Considerando o novo Protocolo Orientações para Manejo de Pacientes com COVID-19, a Portaria nº 454, de 20 de março de 2020, a Portaria nº 467, de 23 de março de 2020, o Plano Estadual de Contingência para Emergência em Saúde Pública e o Plano de Contingência Municipal para Enfrentamento a COVID-19, que alinha as ações assistências na Rede de Saúde Pública do Município de Pará de Minas, em razão de surto de doença respiratória – Coronavírus:

Classificação de pacientes com suspeita de doença COVID-19, Ministério da Saúde, 2020:

1. CASO SUSPEITO:

- Para o objetivo desta Nota Informativa, casos suspeitos de Síndrome Gripal serão abordados como casos suspeitos de COVID-19. Na recepção, todo paciente que apresentar tosse ou dificuldade respiratória ou dor de garganta será considerado caso suspeito de Síndrome Gripal. Esta identificação deve ser feita por profissional em uso de EPI e capacitado em suas atribuições frente à epidemia de COVID-19, aplicando o Fast-Track.
- **Para conceito de Síndrome Gripal: Considera-se indivíduo que apresente tosse, dor de garganta ou coriza seguido ou não de: anosmia (disfunção olfativa), ageusia (disfunção gustatória), coriza, diarreia, dor abdominal, febre, calafrios, mialgia, fadiga e cefaléia.**

2. DETECÇÃO DO CASO SUSPEITO:

- Após a identificação do caso suspeito o médico responsável deverá notificá-lo e estratificar o caso de acordo com a gravidade. É mandatória a notificação imediata de caso de Síndrome Gripal, via notifica.saude.gov.br/login.
- Na fase atual da epidemia o diagnóstico etiológico (coleta de exame) será realizado em todos os casos de Síndrome Gripal.
- Casos Leves serão encaminhados para isolamento domiciliar, casos graves serão encaminhados, via SAMU, para o Centro de Atendimento a COVID-19-Hospital Padre Libério.
- A porta de Entrada deste usuário será preferencialmente as Unidades Básicas de Saúde, mas também pode ocorrer pelas Equipes de Atenção Básica lotadas na Policlínica Municipal ou

Centro de Assistência a Saúde da Mulher e Criança (CASMUC), além do Centro de Atendimento a COVID-19-Hospital Padre Libério, em qualquer Unidade de Saúde este usuário deverá ser atendido, classificado e sua condução mantida de acordo com a gravidade do quadro;

3. CLASSIFICAÇÃO DO QUADRO:

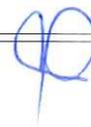
CLASSIFICAÇÃO DOS SINAIS E SINTOMAS POR GRUPO	LEVE	MODERADO	GRAVE
ADULTOS GESTANTES	<p>E Síndrome gripal: tosse, dor de garganta ou coriza seguido ou não de:</p> <ul style="list-style-type: none"> Anosmia (disfunção olfativa); Ageusia (disfunção gustatória); Coriza; Diarréia; Dor abdominal; Febre; Calafrios; Mialgia; Fadiga; Cefaléia. 	<ul style="list-style-type: none"> Tosse persistente + febre persistente diária OU Tosse persistente + piora progressiva de outro sintoma relacionado à COVID-19 (adinamia, prostração, hipoxemia, diarreia) OU Pelo menos um dos sintomas acima + fator de risco 	<p>Síndrome respiratória aguda grave</p> <ul style="list-style-type: none"> síndrome gripal que apresente: Dispneia/desconforto respiratório OU Pressão persistente no tórax OU Saturação de O₂ menor que 95% em ar ambiente OU Coloração azulada de lábios ou rosto <p>*Importante: em gestantes, observar hipotensão.</p>
CRIANÇAS			<ul style="list-style-type: none"> Taquipneia: ≥ 70 rpm para menores do que 1 ano; ≥ 50 rpm para crianças maiores do que 1 ano; Hipoxemia; Desconforto respiratório; Alteração da consciência; Desidratação; Dificuldade para se alimentar; Lesão miocárdica; Elevação de enzimas hepáticas Disfunção da coagulação; rabdomiólise; Qualquer outra manifestação de lesão em órgãos vitais
EQUIPE REFERÊNCIA	APS/ESF	EMAD-COVID19	CENTRO DE ATENDIMENTO PADRE LIBÉRIO-UPA 24h

4. MANEJO E ISOLAMENTO DOMICILIAR:

- Todos os casos LEVES serão encaminhados para ISOLAMENTO DOMICILIAR por 14 dias a contar **a data de início dos sintomas**, exceto os profissionais de saúde e de segurança pública que serão isolados, inicialmente, por 8 dias e a manutenção do isolamento dependerá do resultado da testagem e do término dos sintomas (teste rápido negativo e três dias assintomático). Atente para o uso do CID-10 correto sempre que disponível no sistema de registro. O CID-10 que deve ser utilizado para Síndrome Gripal inespecífica é o J11. Os CID-10 específico para infecção por coronavírus são o B34.2 – Infecção por coronavírus de localização não especificada, e os novos códigos U07.1 – COVID-19, vírus identificado e U07.2-COVID-19, vírus não identificado/clínico epidemiológico, que são os marcadores da pandemia no Brasil. Nos casos em que haja também classificação por CIAP, pode-se utilizar o CIAP-2 R74 (Infecção Aguda de Aparelho Respiratório Superior).
- O atestado médico emitido determinará que a medida de isolamento será estendida às pessoas que residam no mesmo endereço, para todos os fins; Caso seja necessário, os contatos deverão receber atestado médico pelo período dos 14 dias, com o CID 10 - Z20.9 - Contato com exposição a doença transmissível não especificada.
- Para emissão dos atestados médicos, é **dever** da pessoa sintomática informar ao profissional médico o nome completo das demais pessoas que residam no mesmo endereço;
- A prescrição médica de isolamento deverá ser acompanhada dos documentos em anexo:
 - Termo de Consentimento livre e esclarecido;
 - Termo de declaração, contendo a relação das pessoas que residam no mesmo endereço (este termo deverá ser arquivado na Unidade de Saúde);
- **Profissionais Responsáveis:**
 - Usuários residentes em área coberta por ESF: Médico ESF;
 - Usuários residentes em área sem cobertura de ESF: Médico EMAD ou Equipes de Atenção Básica.
- Revisão em até 48 horas, presencial ou por telefone, solicitando consulta presencial se necessidade de exame físico. Pessoas com mais de 60 anos e portadores de condições clínicas de risco deverão ser acompanhadas a cada 24 horas.
- Manter, repouso, alimentação balanceada e boa oferta de líquidos.
- Os usuários classificados como Leves que apresentam comorbidades que contraindicam acompanhamento ambulatorial na APS/ESF (Atenção Primária a Saúde/Estratégia Saúde da Família) conforme Tabela abaixo, serão acompanhados no domicílio pela EMAD-COVID19 (Equipe Multidisciplinar de Assistência Domiciliar).

QUADRO 1 - COMORBIDADES QUE CONTRAINDICAM ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL NA APS/ESF

- Idade igual ou superior a 60 anos;
- Miocardiopatias de diferentes etiologias (insuficiência cardíaca, miocardiopatia isquêmica etc.);
- Hipertensão*;
- Pneumopatias graves ou descompensados (asma moderada/grave, DPOC);
- Tabagismo*;
- Obesidade;
- Imunodepressão;
- Doenças renais crônicas em estágio avançado (graus 3, 4 e 5);
- Diabetes mellitus, conforme juízo clínico;



- Doenças cromossômicas com estado de fragilidade imunológica;
- Neoplasia maligna;
- Gestação de alto risco.

* Estes pacientes podem ser manejados pela APS/ESF, desde que monitorados a cada 24 horas e encaminhados a EMAD, caso a ESF não tenha condições de manter este cronograma de acompanhamento.

- Usuários de área não coberta pela Estratégia Saúde da Família também serão encaminhados para a EMAD-COVID19.
- Independente da Equipe de Acompanhamento todos os Usuários serão cadastrados no Call Center, e aos finais de semana o Call Center assumirá o acompanhamento.
- A desospitalização dos Usuários deverá ser acompanhada pelo SAD (Serviço de Assistência Domiciliar).
- **Profissionais Responsáveis pelo Monitoramento telefônico:**
 - Usuários residentes em área coberta por ESF: Profissionais do NASF, divididos em escala sendo que cada profissional será responsável por uma Unidade;
 - Usuários residentes em área sem cobertura de ESF: Equipe EMAD-COVID19.
 - Utilizar o formulário em anexo para telemonitoramento.

5. TELEATENDIMENTO

- Em 20 de março de 2020 foi publicada Portaria nº 467, que dispõe, em caráter excepcional e temporário, sobre as ações de telemedicina, com o objetivo de regulamentar e operacionalizar as medidas de enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente da epidemia de COVID-19.
- Por meio desta portaria, ficam autorizadas, em caráter excepcional e temporário, ações de telemedicina de interação a distância. Elas podem contemplar atendimento pré-clínico, suporte assistencial, consultas, monitoramento e diagnóstico realizados por meio de tecnologia da informação e comunicação no âmbito do SUS.
- A teleconsulta poderá ser feita pelo canal com que o paciente tenha mais afinidade, podendo ser realizada por telefone ou videoconferência. A escolha pelo tipo de modalidade de atendimento está condicionada à situação clínica, cabendo a decisão ao profissional e à pessoa a ser atendida.
- Os atendimentos deverão garantir a integridade, a segurança e o sigilo das informações. Deverão também ser registrados em prontuário clínico, com as seguintes informações:
 - Dados clínicos necessários para a boa condução do caso, sendo preenchidos em cada contato com o paciente;
 - Data, hora, tecnologia da informação e comunicação utilizada para o atendimento;
 - Número do Conselho Regional Profissional e sua unidade da federação. É importante que a equipe atue de forma integrada, com apoio entre profissionais de nível superior e de nível técnico, facilitando o fluxo de informação e decisão.

6. MAPEAMENTO DOS CASOS ASSINTOMÁTICOS QUE TIVERAM **CONTATO PRÓXIMO** A CASO SUSPEITO:

- É dever da pessoa sintomática informar ao profissional médico o Nome Completo das demais pessoas que residam no mesmo endereço, sujeitando-se à responsabilização civil e criminal pela

omissão de fato ou prestação de informações falsas;

- Eles deverão permanecer em isolamento domiciliar pelo período máximo de 14 (quatorze) dias
- Para as pessoas assintomáticas que residem com a pessoa sintomática será possível a emissão de novo atestado médico de isolamento caso venham a manifestar sintomas respiratórios.

7. CALL CENTER:

- Telefone: 0800 9409402
- Horário de Funcionamento: 24 horas;
- Acolher usuários e orientá-los sobre sintomas, gravidade e fluxos de assistência a COVID-19;
- Direcionar os usuários na Rede de Atenção a Saúde;
- Cadastrar todos os usuários no banco de dados;
- Agendar a coleta dos exames diagnósticos;
- Profissional Responsável pela Equipe: Viviane Cristina de Carvalho.

8. EMAD-COVID19:

- Coordenadora: Mirlene Fernanda de Pádua Monte Alegre Mendes
- Médico: Nayara Santos Oliveira
- Enfermeiro: Breno Henrique Pereira - Telemonitoramento
- Técnico de Enfermagem: Tássia Odara Mendes Pereira
- Horário de Funcionamento: 7 as 16h de segunda a sexta-feira
- As funções da EMAD-COVID19 estão descritas na Nota Informativa 20/2020.

As informações mais atualizadas sobre a pandemia estarão disponíveis nos links da Secretaria de Saúde (<https://www.saude.mg.gov.br/coronavirus>) e do (<http://coronavirus.saude.gov.br/>).

Referências

- BRASIL. Portaria nº 454, de 20 de março de 2020. Publicado em: 20/03/2020. Edição:55-F Seção:1-Extra/Página 1. Acesso: <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-454-de-20-de-marco-de-2020-249091587>
- BRASIL. Portaria nº 467, de 23 de março de 2020. Publicado em: 23/03/2020. Edição: 56-B. Seção: 1-Extra página:1. Acesso: <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-467-de-20-de-marco-de-2020-249312996>
- BRASIL. Ministério da Saúde. Orientações para Manejo de Pacientes com COVID-19 Brasília – DF. Junho de 2020.



Wagner Magesty Silveira
Secretário Municipal de Saúde

TERMO DE RESPONSABILIDADE DE ISOLAMENTO DOMICILIAR

Eu _____, nome do paciente ou seu representante legal, nacionalidade _____ estado civil _____, inscrito(a) no CPF sob o nº _____ e no RG nº _____ profissão _____, residente e domiciliado(a) à _____, na qualidade de paciente/responsável legal sob os cuidados do profissional abaixo nomeado, declaro que fui informado acerca do isolamento domiciliar de acordo com a LEI Nº 13.979, DE 6 DE FEVEREIRO DE 2020, devido suspeita ou confirmação de NOVO CORONAVIRUS (COVID-2019), bem como das pessoas que residem no mesmo endereço ou dos trabalhadores domésticos que exercem atividades no âmbito residencial, tendo ciência de seus benefícios e riscos, assim como das consequências e complicações decorrentes de sua não realização.

Me comprometo a desenvolver as orientações mencionadas, e assumo todas as consequências e responsabilidades da não realização:

- Não compartilhar alimentos, copos, toalhas e objetos de uso pessoal;
- Evitar tocar olhos, nariz ou boca;
- Lavar as mãos frequentemente com sabão e água, especialmente depois de tossir ou espirrar; - Manter o ambiente ventilado;
- No caso de piora dos sintomas, entrar em contato com o serviço de Call Center , através do telefone: 0800- 940 9402 .

Declaro ainda, que me responsabilizo a permanecer em isolamento domiciliar e afastado de minhas atividades profissionais pelo prazo de _____ a _____ .

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

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____

Assinatura do responsabilizado

Assinatura do profissional responsável

Pará de Minas, ____ / ____ / ____

Arquivar o documento original na Unidade de Saúde e entregar uma cópia para o paciente.



FLUXO FAST-TRACK PARA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE

FORMULÁRIO RECEPÇÃO

Identificação

Nome: _____

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

Endereço _____

CPF: _____ Cartão Nacional SUS: _____

Motivo de procura da USF:

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

() SIM () NÃO

Observação: Caso a pessoa apresente sintomas respiratórios, 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 ou ventiladores desligados.

FORMULÁRIO TÉCNICA(O) DE ENFERMAGEM

Motivo da consulta: _____

Sinais vitais: temperatura axilar (T.ax): _____ frequência cardíaca (FC): _____ frequência respiratória (FR): _____ saturação de oximetria (Sat): _____ pressão arterial (PA): ____/____

Anotar informações em prontuário.

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).



FORMULÁRIO TÉCNICO DE ENFERMAGEM

Identificação

Nome: _____ Data de Nascimento: ____/____/____

Motivo da Consulta: _____

Sinais Vitais:

Temperatura axilar (T.ax): _____

Frequência Cardíaca (FC): _____

Frequência Respiratória (FR): _____

Saturação de Oximetria (SAT): _____

Pressão Arterial (PA): _____

OBS: 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).



FORMULÁRIO ENFERMEIRA(O)

Identificação Nome: _____ Data de Nascimento: _____

Apresenta sintomas respiratórios (tosse, dor de garganta, falta de ar, esforço ou desconforto respiratório)?

SIM NÃO

Apresenta ou apresentou febre ?

SIM NÃO

Apresenta outros sinais e sintomas relevantes :

SIM NÃO Se sim, descreva: _____

CASO SUSPEITO DE SÍNDROME GRIPAL?

SIM NÃO

NOTIFICAÇÃO IMEDIATA

Avaliação Geral:

- Apresenta condições clínicas de risco ? sim não

Se sim, descreva: _____ (Encaminhar a EMAD)

- 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: _____

Anotar informações em prontuário.

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 casos suspeitos via Formulário pelo e-SUSVE <http://notifica.saude.gov.br/>.



FORMULÁRIO MÉDICA(O)

Identificação Nome: _____ Data de Nascimento: _____

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 CENTRO DE REFERÊNCIA

CASO LEVE – Avaliar condições clínicas de risco que indicam a avaliação em centro de referência/ EMAD (ver Quadro 1- Nota Informativa 25/2020). Se possível acompanhar na APS, realizar manejo clínico apropriado (medicamentos sintomáticos, prescrever oseltamivir para pessoas com condições de risco para complicações, etc.), orientações de isolamento domiciliar e monitoramento a cada 24 horas em pessoas com mais de 60 anos e portadores de condições clínicas de risco (EMAD-COVID19) e a cada 48 horas nos demais, preferencialmente por telefone. Todos os usuários deverão realizar cadastro no serviço Call Center através do Telefone 0800-9409402. A lista dos usuários leves que necessitarem de acompanhamento domiciliar, com telefone, deverá ser encaminhada ao Profissional do NASF de referência da Unidade Básica de Saúde, para monitoramento telefônico.

Fornecer atestado médico de 14 dias, **a partir do 1º dia de sintomas**, para propiciar o isolamento domiciliar para o paciente (CID 10: J11 - Síndrome Gripal ou B34.2 – COVID-19 ou U07.1-COVID-19) e seus contatos da casa (CID 10: Z20.9 - Contato com exposição a doença transmissível não especificada).

Anotar informações no prontuário.

Observação: Caso a pessoa apresente sinais ou sintomas de gravidade ou condições clínicas de risco que indicam avaliação em centro de referência/atenção especializada, coordenar transferência segura, com transporte apropriado e com precaução de contato. 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.



SERVIÇO DE TELEMONITORAMENTO
INSTRUMENTO PARA ACOLHIMENTO E TRIAGEM DO USUÁRIO

NOME: _____

TELEFONE: _____ **DATA DE NASCIMENTO:** ____/____/____

ENDEREÇO: _____

UNIDADE DE ATENDIMENTO: _____

UBS DE REFERÊNCIA: _____

Idade: _____

() 60 ou mais (ALERTA!) - Direcionar Usuário para EMAD

Sintomas relatados pelo Usuário

Sintomas há quantos dias? _____

- | | |
|---------------------------|--|
| () Coriza | () Diarréia |
| () Dor de Garganta | () Dor abdominal (ALERTA!) - Direcionar Usuário para avaliação médica mais breve. |
| () Tosse Produtiva | () Desidratação (ALERTA!) - Direcionar Usuário para avaliação médica mais breve. |
| () Tosse seca | () Dor Torácica (ALERTA!) - Direcionar Usuário para avaliação médica mais breve. |
| () Mal estar | () Falta de ar (ALERTA!) - Direcionar Usuário para UPA |
| () Diminuição do apetite | () Alteração da consciência (ALERTA!) - Direcionar Usuário para UPA |
| () Disfunção Gustatória | () Sensação de desmaio (ALERTA!) - Direcionar Usuário para UPA |
| () Febre _____ | () Fadiga ou Respiração Ofegante (ALERTA!) - Direcionar Usuário para UPA |
| () Calafrios | |
| () Mialgia/Cefaléia | |
| () Disfunção Olfativa | |
| () Sede excessiva | |
| () Tonteira | |

Você possui alguma doença? (ALERTA!) - Direcionar Usuário para EMAD

- | | |
|---------------------------------|---|
| () Doença Cardíaca Crônica | () Doenças Cromossômicas |
| () Doença Respiratória Crônica | () Diabetes Mellitus, conforme juízo clínico |
| () Doença Renal Crônica | () Gestantes de alto risco |
| () Imunossupressos | () Obesidade |

Caso o Usuário não apresente sinais de alarme ou condições de saúde, ele deverá ser encaminhado para UBS mais próxima de sua residência. "Neste caso, pensando em sua segurança e da sociedade, preciso que você busque o atendimento médico mais próximo, mas se mantenha ciente e calmo. Você deve lavar as mãos constantemente, quando possível utilize o álcool em gel. Caso precise espirrar ou tossir, cubra a sua boca e nariz com um lenço ou então com o seu ombro. Vou identificar aqui a Unidade de Saúde mais próxima da sua residência"

Nome do Profissional que conduziu a ligação: _____

Horário: _____ Data: ____/____/____

Conduta:



**SERVIÇO DE TELEMONTORAMENTO
INSTRUMENTO PARA ACOMPANHAMENTO**

NOME: _____

TELEFONE: _____ **DN:** ____/____/____ **IDADE:** _____

ENDEREÇO: _____

CLASSIFICAÇÃO DO USUÁRIO:

- () LEVE RESIDENTE EM ÁREA ASSISTIDA POR ESF
- () LEVE RESIDENTE EM ÁREA NÃO ASSISTIDA POR ESF
- () MODERADO
- () GRAVE

<input type="checkbox"/> UBS DE REFERÊNCIA: _____ REFENCIADO PARA EMAD? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO HISTÓRIA PREGRESSA _____ _____ _____ INÍCIO DOS SINTOMAS ____/____/____		Realizado coleta de exame? Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Qual: _____ Data _____ da Coleta: ____/____/____				
Descrição do Telemonitoramento		Data	Data	Data	Data	Data
1. Houve piora dos sinais e sintomas iniciais?	Não					
	Sim. Quais?*					
2. Como está a coloração (grau de palidez)-dos olhos, mucosa oral e palma das mãos	Corado (mais avermelhado)					
	Descorado (mais pálido)*					
3. Há dificuldades para respirar ou se está usando força excessiva?	Eupneico					
	Dispneico*					
4. Avaliação de hidratação	Boca seca					
	Sede					
	Diminuição da produção de urina*					
5. Apresenta dor abdominal ou torácica?	Sim*					
	Não					
6. Apresenta exacerbação dos sinais e sintomas da doença de base?	Sim*					
	Não					
7. Presença de febre?	Não					
	Sim. Informar a temperatura: _____ Quantos dias: _____					
8. Presença de tosse?	Não					
	Sim (descrever se rouca, seca, constante ou esporádica): Quantos dias: _____					
9. Uso correto das medicações prescritas?	Sim					
	Não*. Porque?					
10. Alimentação normal (Orientar higienização oral)	Sim					
	Não*. Porque?					
11. Houve alguma alteração no olfato?	Não					
	Sim*					
12. Houve alguma alteração no paladar?	Não					
	Sim*					

* Caso o usuário apresente algum sintoma identificado faz-se necessário discutir o caso com profissional médico ou agendar avaliação.

Conduta: _____
