

Procure a Unidade de Saúde mais próxima de sua residência ou a Unidade de referência indicada em seu cartão caso apareça um ou mais dos seguintes SINAIS DE ALARME:

- * Diminuição repentina da febre;
- * Dor muito forte e contínua na barriga;
- * Sangramento de nariz, boca ou outros tipos de hemorragias;
- * Tontura quando muda de posição (deita/senta/levanta);
- * Diminuição do volume da urina;
- * Vômitos frequentes ou com sangue;
- * Dificuldade de respirar;
- * Agitação ou muita sonolência;
- * Suor frio;
- * Pontos ou manchas vermelhas ou roxas na pele.

RECOMENDAÇÕES:

- * Tomar muito líquido: água, suco de frutas, soro caseiro, sopas, leite, chás e água de coco;
- * Permanecer em repouso;
- * As mulheres com dengue devem continuar a amamentação.

SORO CASEIRO

→ Sal de cozinha _____ 1 colher de café
Açúcar _____ 2 colheres de sopa
Água potável _____ 1 litro

Unidade de Referência:

Nº DA NOTIFICAÇÃO:



CARTÃO DE ACOMPANHAMENTO DO PACIENTE COM SUSPEITA DE DENGUE

Nome(completo): _____

Nome da mãe: _____

Data de nascimento: ____ / ____ / ____

Unidade de Saúde:

Apresente este cartão sempre que retornar à Unidade de Saúde.

Data do início dos sintomas: ____ / ____ / ____

Notificação Sim Não

Prova do laço em ____ / ____ Resultado: _____

1ª COLETA DE EXAMES

Hematócrito em ____ / ____ Resultado: _____ %

Plaquetas em ____ / ____ Resultado: _____ .000 mm³

Leucócitos em ____ / ____ Resultado: _____ .000 mm³

Sorologia em ____ / ____ Resultado: _____

2ª COLETA DE EXAMES

Hematócrito em ____ / ____ Resultado: _____ %

Plaquetas em ____ / ____ Resultado: _____ .000 mm³

Leucócitos em ____ / ____ Resultado: _____ .000 mm³

Sorologia em ____ / ____ Resultado: _____

3ª COLETA DE EXAMES

Hematócrito em ____ / ____ Resultado: _____ %

Plaquetas em ____ / ____ Resultado: _____ .000 mm³

Leucócitos em ____ / ____ Resultado: _____ .000 mm³

Sorologia em ____ / ____ Resultado: _____

CONTROLE DE SINAIS VITAIS

	1º dia	2º dia	3º dia	4º dia	5º dia	6º dia	7º dia
PA mmHg (em pé)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PA mmHg (deitado)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Temp. Axilar °C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Informações complementares: