



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE

CONTRARREFERÊNCIA HOSPITAL/UPA (COVID - 19)

IDENTIFICAÇÃO

Nome:		DN:	
Nome Social:	Nome da Mãe:		
CNS/CPF:	SES:	Sexo:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Endereço:		Cidade/UF:	
Telefone:	Região de saúde do domicílio:		
Hospital Regional/UPA:			

INTERNAÇÃO

<input type="checkbox"/> SIM	Data da admissão:	<input type="checkbox"/> NÃO
Tempo de internação:	Esteve em UTI: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Classificação: <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado sem fatores de risco <input type="checkbox"/> Moderado COM fatores de risco
Diagnósticos secundários:		
Intercorrências durante internação:		Avaliação Médica? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
		Ficou em observação? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO

Exames realizados/Resultados: Tomografia
 Laboratoriais

Outros:

Coleta de exame: <input type="checkbox"/> IgG <input type="checkbox"/> IgM <input type="checkbox"/> Swab Nasal (RT/PCR) <input type="checkbox"/> Exame não realizado	Notificado: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Data da coleta: ___/___/____ Resultado: <input type="checkbox"/> Reagente <input type="checkbox"/> Não-Reagente	

ENCAMINHAMENTOS

Condutas: Alta do episódio Isolamento domiciliar por ___ (dias) Telemonitoramento APS Consulta UBS de referência Oxigenoterapia domiciliar Contato com NRAD (FAD) Outros:

Reavaliação em: ___/___/____, Local: _____ Contato UBS referência: NÃO SIM

Medicamentos prescritos:

Observações complementares:

Data:	Assinatura Profissional/Carimbo/Setor:
--------------	---