



PREFEITURA MUNICIPAL DE LARANJA DA TERRA
ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RASTREAMENTO SÍNDROME GRIPAL

PACIENTE: _____

QUEIXA PRINCIPAL: _____

HDA: _____

ORIGEM DO PACIENTE:

DOMICÍLIO

OUTRA UNIDADE DE SAÚDE – QUAL? _____

VIAGEM PARA O EXTERIOR NOS ÚLTIMOS 14 DIAS:

NÃO; SIM; QUAL? _____

CONTATO COM CASO SUSPEITO OU CONFIRMADO:

NÃO; SIM; NOME: _____

SINTOMAS:

FEBRE

TOSSE

DOR DE GARGANTA

DIFICULDADE DE RESPIRAR

DIARRÉIA

NÁUSEA/ VÔMITOS

CEFALÉIA (DOR DE CABEÇA)

CORIZA

IRRITABILIDADE/CONFUSÃO

ADINAMIA (FRAQUEZA)

PERDA DO OLFATO

OUTROS. QUAL: _____

COMORBIDADES:

DOENÇA CARDIOVASCULAR, INCLUINDO HIPERTENSÃO

DIABETES

DOENÇA HEPÁTICA

DOENÇA NEUROLÓGICA CRÔNICA OU NEUROMUSCULAR

IMUNODEFICIÊNCIA

INFECÇÃO PELO HIV

DOENÇA RENAL

DOENÇA PULMONAR CRÔNICA

NEOPLASIA (TUMOR SÓLIDO OU HEMATOLÓGICO)

OUTROS: _____

SINAIS VITAIS: _____
