

Ficha de Atendimento Farmacêutico - Suspeita de COVID-19

Dados do Paciente

Nome completo: _____
Data de nascimento: ____/____/____ Idade: ____ Sexo: () Fem () Masc
Gestante: () Não () Sim - tempo de gestação: _____
Município de residência / UF: _____
Endereço: _____

Dados do caso

Data dos primeiros sintomas: ____/____/____

Sintomas relatados pelo paciente:

Febre	() Sim () Não	Dor abdominal	() Sim () Não
Tosse	() Sim () Não	Congestão nasal	() Sim () Não
Dor de garganta	() Sim () Não	Produção de escarro	() Sim () Não
Dificuldade de respirar	() Sim () Não	Congestão conjuntival	() Sim () Não
Diarreia	() Sim () Não	Dificuldade para deglutir	() Sim () Não
Mialgia/artralgia	() Sim () Não	Batimento das asas nasais	() Sim () Não
Náuseas/vômitos	() Sim () Não	Manchas vermelhas pelo corpo	() Sim () Não
Cefaleia (dor de cabeça)	() Sim () Não	Gânglios linfáticos aumentados	() Sim () Não
Coriza	() Sim () Não	Hiposmia (diminuição do olfato)	() Sim () Não
Irritabilidade/confusão	() Sim () Não	Anosmia súbita (incapacidade de sentir odores)	() Sim () Não
Adinamia (fraqueza)	() Sim () Não	Hemoptise (eliminação de sangue do trato respiratório pela tosse)	() Sim () Não
Calafrios	() Sim () Não		
Anorexia	() Sim () Não		
Tonturas	() Sim () Não		
Dor no Peito	() Sim () Não		

Outros: _____

Morbidades prévias (selecionar todas pertinentes):

() Doença cardiovascular, incluindo hipertensão	() Doença renal
() Diabetes	() Obesidade
() Doença hepática	() Pneumopatias crônicas
() Doença neurológica crônica ou neuromuscular	() Neoplasia (tumor sólido ou hematológico)
() Imunodeficiência	() Paciente utilizou analgésico, antitérmico ou anti-inflamatório
() Infecção pelo HIV	

Dados de exposição e viagens

Histórico de viagem para fora do Brasil até 14 dias antes do início dos sintomas

() Sim. Local: _____ () Não () Não sabe

Esteve em alguma unidade de saúde nos 14 dias antes do início dos sintomas () Sim () Não () Não sabe

Contato próximo com uma pessoa que seja caso suspeito de COVID-19? () Sim () Não () Não sabe

Contato próximo com uma pessoa que seja caso confirmado de COVID-19? () Sim () Não () Não sabe

Ocupação do caso suspeito

() Profissional de saúde	() Trabalha em contato com animais
() Estudante da área de saúde	() Outros. Especificar: _____
() Profissional de laboratório	_____

Teve contato próximo com animais em áreas afetadas? () Sim () Não () Não sabe

Informações complementares e orientações realizadas pelo farmacêutico:

Solicito que o paciente seja avaliado, visto que é caso suspeito de COVID-19.

Agradeço a atenção.

Nome completo: _____

Nº CRF-SP: _____ Data: ____/____/____

Assinatura do farmacêutico _____

Unidade de pronto-atendimento mais próxima da farmácia

Nome: _____

Endereço: _____ Telefone: _____

