

REGISTO DE DISTRIBUIDOR DE MEDICAMENTOS COMUNITÁRIO

FORMULÁRIO DE REGISTO DE TRATAMENTO

Registo n.º:		Mês:		Ano:	
Subcondado (LCIII):		Paróquia (LCII):		Aldeia (LCI):	
N.º de id. de DMC:		Nome do DMC:		Data da consulta:	
N.º de id. do paciente:		Nome da criança:		Sexo:	Idade:
Aldeia de residência da criança:			Chefe do agregado familiar da criança:		
A criança reside na aldeia do DMC?			Sim – residente		
			Não – não residente		
A criança dormiu sob um mosquiteiro a noite passada? (assinalar com círculo) Sim/ Não					
Registo do tratamento:					
Quando começou a febre?	Hoje (mesmo dia)		Temperatura corporal:		
	Ontem (dia anterior)				
	Há 2 dias				
	Há mais de 2 dias				
Foi feito o teste rápido da malária?	Sim		Foi preparada uma lâmina de sangue?	Sim	
	Não			Não	
	Recusado			Recusado	
Resultado do RDT	Positivo				
	Negativo				
Tratamento administrado:	Coartem Amarelo				
	Coartem Azul				
	Supositório para malária				
	Não foi disponibilizado tratamento				
Encaminhado(a)?	Sim	Em caso afirmativo, Razão para o encaminhamento:	Sinais de perigo Outros sinais que justifiquem o encaminhamento		
	Não				
Observações adicionais:					