

Formulário de encaminhamento para DMC

N.º de registo de paciente:		Razões para o encaminhamento:		✓
Nome do paciente:		Febre que dura há mais de 7 dias		
Nome do chefe do agregado familiar:		Vómitos e diarreia		
Nome da aldeia do cliente:		Sangue nas fezes ou na urina		
Paróquia:		Dor ao urinar, ou urina frequente		
Nome do DMC:		Ferida ou queimadura		
Data do encaminhamento:	Hora do encaminhamento:	Abcesso cutâneo		
Idade da criança:	Temperatura:	Protuberâncias ou inchaços dolorosos na pele		
Resultado do teste rápido de diagnóstico da malária (assinalar com círculo): 1. Positivo 2. Negativo 3. Não testado		Infecção do ouvido (corrimento auricular ou puxar da orelha por parte da criança)		
Tratamento pré-encaminhamento administrado por DMC ou pelos pais (assinalar com círculo)?		Olhos pegajosos ou vermelhos		
NÃO	Sim – Coartem			
	Sim – Artesunato de aplicação rectal			
	Sim – Outro (<i>especificar</i>)			
		Febre em bebés com menos de 4 meses de idade		

DADOS SOBRE O ENCAMINHAMENTO - A PREENCHER NA INFRAESTRUTURA DE SAÚDE				
Nome da infraestrutura de saúde:		Subcondado:		Data do exame:
				Hora do exame:
Nome do assistente:		Cargo do assistente:		
Sinais e sintomas registados:		Testes de diagnóstico efectuados: SIM NÃO <i>Em caso negativo, indicar porquê:</i>		
Gestão do paciente				
Diagnóstico:		Paciente internado: SIM NÃO		Tratamento administrado:
Desfecho				
		Data:		
Encaminhado: SIM NÃO				<i>Se encaminhado, encaminhado para:</i>
Alta: SIM NÃO				
Óbito: SIM NÃO				