

Formulário de encaminhamento de urgência para DMC

N.º de registo de paciente:	
Nome do paciente:	
Nome do chefe do agregado familiar:	
Nome da aldeia do cliente:	
Paróquia:	
Nome do DMC:	
Data do encaminhamento:	Hora do encaminhamento:
Idade da criança:	Temperatura:
Resultado do teste rápido de diagnóstico da malária (assinalar com círculo):	
1. Positivo 2. Negativo 3. Não testado	
Tratamento de pré-encaminhamento administrado por DMC ou pelos pais (assinalar com círculo)?	
NÃO	Sim – Coartem Sim – Artesunato de aplicação rectal Sim – Outro (<i>especificar</i>)

Razões para o encaminhamento de urgência:	✓
Doença de criança com menos de 2 meses de idade	
Convulsões ou ataques na sua presença ou nos últimos 2 dias	
Coma / perda de consciência	
O paciente está confuso ou muito sonolento - o cliente não consegue ser acordado facilmente	
Fraqueza extrema – incapacidade para ficar em pé ou sentado sem apoio	
Muito quente – temperatura de 38,5°C ou superior	
Muito frio – temperatura de 35,0°C ou inferior	
Vomita tudo - não consegue manter alimentos sólidos ou líquidos no organismo	
Incapaz de beber ou mamar	
Anemia grave – palidez extrema nas palmas das mãos, unhas ou pálpebras	
Olhos amarelos	
Dificuldade em respirar	
Desidratação grave	
Outros sintomas? Descrever:	

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:	<i>Se encaminhado, encaminhado para:</i>
Encaminhado: SIM NÃO			
Alta: SIM NÃO			
Óbito: SIM NÃO			