

# Ficha de Atendimento Farmacêutico - Suspeita de Dengue, Zika ou Chikungunya

## Dados do Paciente

Nome completo: \_\_\_\_\_  
Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) Fem ( ) Masc  
Gestante: ( ) Não ( ) Sim - tempo de gestação: \_\_\_\_\_  
Município de residência/UF: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_



## Entrevista farmacêutica

Viajou nos últimos 14 dias para área onde esteja ocorrendo transmissão dessas doenças? ( ) Sim ( ) Não

Apresentou febre, entre 2 a 7 dias? ( ) Não ( ) Sim - informar a temperatura apresentada: \_\_\_\_\_

### Manifestações relatadas pelo paciente:

Náuseas	( ) Sim ( ) Não	Hipotensão postural e/ou lipotimia	( ) Sim ( ) Não
Vômitos	( ) Sim ( ) Não	Sonolência ou irritabilidade	( ) Sim ( ) Não
Exantema	( ) Sim ( ) Não	Desconforto respiratório	( ) Sim ( ) Não
Mialgias	( ) Sim ( ) Não	Dores abdominais	( ) Sim ( ) Não
Artralgia	( ) Sim ( ) Não	Hipotermia	( ) Sim ( ) Não
Cefaleia	( ) Sim ( ) Não	Hipotensão arterial	( ) Sim ( ) Não
Dor retro-orbital	( ) Sim ( ) Não	Pressão arterial convergente (PA diferencial < 20mmHg)	( ) Sim ( ) Não
Petéquias	( ) Sim ( ) Não	Choque	( ) Sim ( ) Não
Sangramento de mucosas (ex: gengival)	( ) Sim ( ) Não	Pulso rápido e fino	( ) Sim ( ) Não
Sangue nas fezes	( ) Sim ( ) Não	Enchimento capilar lento (> 2 segundos)	( ) Sim ( ) Não
Oligúria	( ) Sim ( ) Não		

## Parâmetros Fisiológicos e Bioquímicos

Pressão arterial: \_\_\_\_\_ Temperatura corporal: \_\_\_\_\_

Exames laboratoriais: ( ) Sim ( ) Não apresentou exames laboratoriais

Leucopenia: ( ) Sim ( ) Não ( ) Não apresentou exames laboratoriais

Plaquetopenia: ( ) Sim ( ) Não ( ) Não apresentou exames laboratoriais

TGO elevado: ( ) Sim ( ) Não ( ) Não apresentou exames laboratoriais

TGP elevado: ( ) Sim ( ) Não ( ) Não apresentou exames laboratoriais

## Informações Complementares

---

---

---

---

---

Solicito que o paciente seja avaliado, visto que apresenta suspeita de dengue, zika ou chikungunya.

Agradeço a atenção.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do farmacêutico

Nome completo: \_\_\_\_\_

Nº CRF-SP: \_\_\_\_\_ Data: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

## Unidade de Saúde mais próxima da farmácia

Nome: \_\_\_\_\_ Endereço: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_