AVALIAÇÃO ADULTO - ADC

Data: ___/___/_____ Hora: _____ **Avaliador: _____**

Nome: _____

Morada:_____

Data nascimento: __/__/_____ Idade_____anos Telefone:_____

Profissional de saúde, lar ou unidade de convalescença ☐

Contacto com caso positivo (especificar): _____ Data __/__/_____

CRITÉRIOS CLÍNICOS:

- ✓ Tosse persistente ou agravamento de tosse crónica Início __/__/_____
- ✓ Febre (≥ 38.0ºC): Início __/__/_____
- ✓ Dispneia Início __/__/_____
- ✓ Vómitos persistentes ou diarreia Início __/__/_____

AVALIAÇÃO CLÍNICA:

Temperatura: ___ºC FR: ___c/min SpO_2: ____% TA ___/___ mmHg FC: _____bpm

REFERENCIAÇÃO HOSPITALAR (<u>≥ 1 critério</u>)**:**

☐SpO_2 ≤ 94%
☐Frequência respiratória ≥ 30cpm
☐Febre ≥ 38.0ºC com mais de 48h ou reaparecimento de febre após apirexia
☐Alteração do estado de consciência
☐Instabilidade hemodinâmica (TAS < 90 ou TAD <60 mmHg)
☐Pneumonia com documentação radiológica ou suspeita clínica de pneumonia
☐Dispneia em repouso ou para pequenos esforços
☐Hemoptises
☐Vómitos persistentes ou diarreia grave
☐Presença de comorbilidades:

☐DPOC	☐Diabetes	☐Imunossupressão
☐Asma	☐D. hepática crónica	☐Neoplasia ativa
☐Insuf. Cardíaca	☐D. renal crónica	

☐Leucopenia, Linfopenia, ou Trombocitopenia, na ausência de outra causa
☐Ausência de condições de habitabilidade ou de exequibilidade do isolamento, no domicílio

TESTE: ☐Não Colhido ☐Pedido a __/__/____

DESTINO: ☐Domicílio ☐SU-CHTS