AVALIAÇÃO PEDIÁTRICA - 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 ≤ 93%
☐Taquipneia
  ☐≥ 60cpm se < 2 meses
  ☐≥ 50cpm se 2-11 meses
  ☐≥ 40cpm se 1-5 anos
  ☐>30cpm se adolescentes
☐Febre alta persistente com mais de 3 dias de evolução
☐Exaustão respiratória ou episódios de apneia
☐Tiragem infra e supraesternal
☐Gemido expiratório
☐Alteração do estado de consciência (agitação ou irritabilidade, convulsões, hipotonia)
☐Instabilidade hemodinâmica
☐Desidratação grave ou vómitos
☐Ausência de condições de habitabilidade ou de exequibilidade do isolamento, no domicílio

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

DESTINO: ☐Domicílio ☐SU-CHTS