
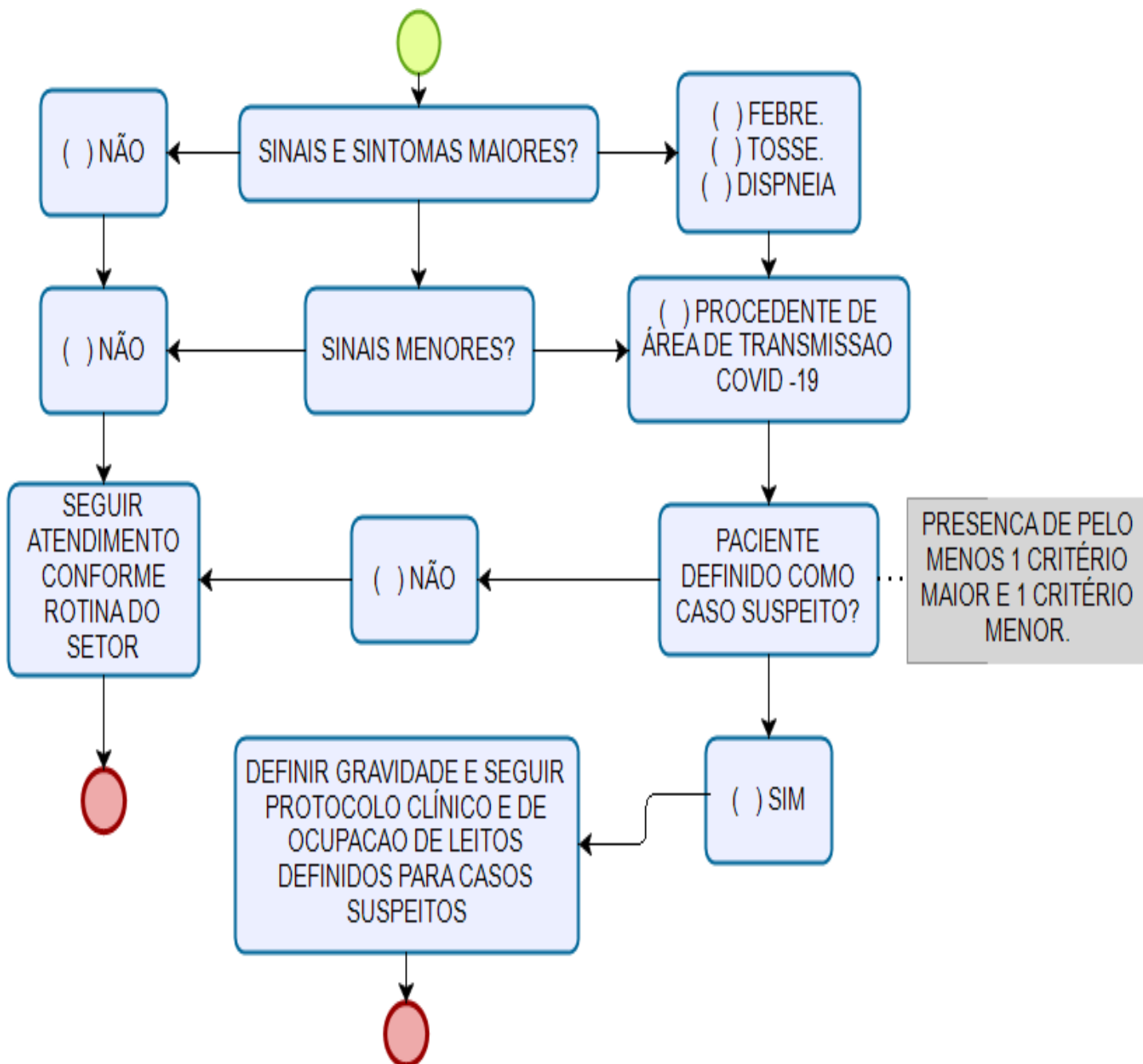
	<b>GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ</b> <b>FUNDAÇÃO HOSPITAL DE CLÍNICAS GASPAR VIANNA</b>				
	<b>ASSESSORIA DE QUALIDADE E SEGURANÇA HOSPITALAR</b>				
	<b>Formulário</b>				
	<b>Checklist para definição de caso suspeito de infecção pelo coronavírus (COVID-19)</b>				
	Código: PRES.AQSH – FO.009	Emissão: 13/03/2020	Última Revisão:	Versão: 01	

<b>IDENTIFICACAO DO PACIENTE</b>		
NOME:		
DATA DE NASCIMENTO:	RH:	LEITO:





GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ  
FUNDAÇÃO HOSPITAL DE CLÍNICAS GASPAR VIANNA

SERVIÇO DE APOIO A TRIAGEM

Formulário

Checklist para definição de caso suspeito de infecção pelo coronavírus (COVID-19)

Código:  
GEAH.SAT – FO.001

Emissão:  
13/03/2020

Última Revisão:

Versão:  
01

Página:  
02/02



**DEFINIÇÃO DE GRAVIDADE**

**( ) QUADRO LEVE**

- Sem sinais de insuficiência respiratória

- notificação imediata.
- encaminhar para tratamento domiciliar com orientações e medidas de isolamento.
- medicação sintomática.

**( ) QUADRO LEVE + VULNERABILIDADE**

- Sem sinais de insuficiência respiratória, porém com vulnerabilidade (idosos, cardiopatas, pneumopatas, nefropatas, diabéticos, imunodeprimidos)

- notificação imediata.
- coleta exames laboratoriais.
- encaminhar para tratamento domiciliar com orientações e medidas de isolamento.
- prescrição de oseltamivir.
- prescrição de medicação sintomática.
- medidas precaução (contato e gotícula).

**( ) QUADRO MODERADO**

- FR entre 20 e 30  
- FC > 100  
- Vômitos  
- Desidratação

- notificação imediata.
- coleta de amostras respiratórias.
- coleta exames laboratoriais.
- tomografia tórax.
- internação em leito de enfermaria e solicitação de transferência para hospital referência.
- prescrição de oseltamivir e antibioticoterapia.
- medidas precaução (contato e gotícula).

**( ) QUADRO GRAVE**

- SAT 90 a 95 ou cianose  
- FR > 30  
- Alteração nível consciência  
- PAS < ou = 100 mmhg

- notificação imediata
- coleta de amostras respiratórias
- coleta exames laboratoriais
- tomografia tórax
- internação em leito de UTI e solicitação de transferência para hospital referência.
- prescrição de oseltamivir e antibioticoterapia
- ventilação mecânica precoce
- medidas precaução (contato e gotícula)

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Assinatura e carimbo do profissional