

Procure atendimento se apresentar um ou mais sinais/sintomas listados abaixo:

- Dor abdominal
- Vômitos
- Tontura, fraqueza ou desmaios
- Sangramento (gengiva, nariz, boca, etc), fezes com sangue
- Sonolência e/ou irritabilidade
- Diminuição da urina
- Diminuição repentina da temperatura corpórea
- Aumento repentino do hematócrito
- Queda abrupta de plaquetas
- Dificuldade para respirar
- Diminuição da pressão arterial
- Pontos ou manchas avermelhadas na pele

Recomendações

- Tomar líquido conforme prescrição: água, suco de frutas, soro caseiro, sopas, leite, chá, água de coco
- Permanecer em repouso e utilizar repelente
- As mulheres com dengue devem continuar a amamentação

Soro Caseiro

Sal de cozinha 1 colher de café
Açúcar..... 1 colher de sopa
Água potável 1 litro

Unidade de Referência:



CARTÃO DO USUÁRIO
ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL – DENGUE

Nome (completo): _____

Nome da mãe: _____

Data de nascimento: ____/____/____

Endereço: _____

Unidade de Saúde:

Apresente este cartão sempre que retornar à
Unidade de Saúde / Pronto Atendimento

Data do Início dos Sintomas: ___/___/_____

Notificado (SINAN): () Sim () Não

Peso: _____

1ª Coleta de Exames

() Hematócrito em ___/___/___ Resultado: _____%

() Plaquetas em ___/___/___ Resultado: _____ mm³

() Outro ___/___/___ Resultado: _____

Controle Sinais Vitais

	1º dia	2º dia	3º dia	4º dia	5º dia	6º dia	7º dia
PA mmHg (em pé)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PA mmHg (deitado)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Temp Axilar (°C)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Prova do laço (+ ou -)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

2ª Coleta de Exames

() Hematócrito em ___/___/___ Resultado: _____%

() Plaquetas em ___/___/___ Resultado: _____ mm³

() Outro ___/___/___ Resultado: _____

3ª Coleta de Exames

() Hematócrito em ___/___/___ Resultado: _____%

() Plaquetas em ___/___/___ Resultado: _____ mm³

() Outro ___/___/___ Resultado: _____

Informações complementares
