



Procure a Unidade de Saúde mais próxima de sua residência ou a Unidade de Referência indicada em seu cartão caso apareça um ou mais dos seguintes **SINAIS DE ALARME**:

- Diminuição repentina da febre
- Dor muito forte e contínua na barriga
- Sangramento de nariz, boca ou outros tipos de hemorragias
- Tontura quando muda de posição (deita/senta/levanta)
- Diminuição do volume da urina
- Vômitos freqüentes ou com sangue
- Dificuldade de respirar
- Agitação ou muita sonolência
- Suor frio
- Pontos ou manchas vermelhas ou roxas na pele

#### Recomendações:

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

<b>Soro caseiro</b>	Sal de cozinha _____	1 colher de café
	Açúcar _____	2 colheres de sopa
	Água potável _____	1 litro

**Unidade de Referência**

## CARTÃO DE ACOMPANHAMENTO DO PACIENTE COM SUSPEITA DE DENGUE

Nome (completo): \_\_\_\_\_

Nome da mãe: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

**Unidade de Saúde**

Apresente este cartão sempre que retornar à Unidade de Saúde

Data do início dos sintomas \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Notificação  Sim  Não

Prova do laço em \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Resultado: \_\_\_\_\_

### 1.<sup>a</sup> Coleta de Exames

Hematócrito em \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Resultado: \_\_\_\_\_ %

Plaquetas em \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Resultado: \_\_\_\_\_ .000 mm<sup>3</sup>

Leucócitos em \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Resultado: \_\_\_\_\_ .000 mm<sup>3</sup>

Sorologia em \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Resultado: \_\_\_\_\_ %

### Controle Sinais Vitais

	1.º dia	2.º dia	3.º dia	4.º dia	5.º dia	6.º dia	7.º dia
PA mmHg (em pé)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PA mmHg (deitado)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Temp. Axilar °C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 2.<sup>a</sup> Coleta de Exames

Hematócrito em \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Resultado: \_\_\_\_\_ %

Plaquetas em \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Resultado: \_\_\_\_\_ .000 mm<sup>3</sup>

Leucócitos em \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Resultado: \_\_\_\_\_ .000 mm<sup>3</sup>

Sorologia em \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Resultado: \_\_\_\_\_

### 3.<sup>a</sup> Coleta de Exames

Hematócrito em \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Resultado: \_\_\_\_\_ %

Plaquetas em \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Resultado: \_\_\_\_\_ .000 mm<sup>3</sup>

Leucócitos em \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Resultado: \_\_\_\_\_ .000 mm<sup>3</sup>

Sorologia em \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Resultado: \_\_\_\_\_

### Informações complementares