



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 frequentes 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, chás e água de coco
- * Permanecer em repouso
- * As mulheres com dengue devem continuar a amamentação

Soro caseiro

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.ª Coleta de Exames

- Hematócrito em ____/____ Resultado: _____ %
- Plaquetas em ____/____ Resultado: _____ .000 mm³
- Leucócitos em ____/____ Resultado: _____ .000 mm³
- Sorologia em ____/____ Resultado: _____

2.ª Coleta de Exames

- Hematócrito em ____/____ Resultado: _____ %
- Plaquetas em ____/____ Resultado: _____ .000 mm³
- Leucócitos em ____/____ Resultado: _____ .000 mm³
- Sorologia em ____/____ Resultado: _____

3.ª Coleta de Exames

- Hematócrito em ____/____ Resultado: _____ %
- Plaquetas em ____/____ Resultado: _____ .000 mm³
- Leucócitos em ____/____ Resultado: _____ .000 mm³
- Sorologia em ____/____ Resultado: _____

Controle de 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)							
PA mmHg (deitado)							
Temp. Axilar °C							

Informações complementares

Data do início dos sintomas ____/____/____

Notificação Sim Não

Prova do laço em ____/____ resultado: _____

1.ª Coleta de Exames

Hematócrito em ____/____ Resultado: _____ %

Plaquetas em ____/____ Resultado: _____ .000 mm³

Leucócitos em ____/____ Resultado: _____ .000 mm³

Sorologia em ____/____ Resultado: _____

2.ª Coleta de Exames

Hematócrito em ____/____ Resultado: _____ %

Plaquetas em ____/____ Resultado: _____ .000 mm³

Leucócitos em ____/____ Resultado: _____ .000 mm³

Sorologia em ____/____ Resultado: _____

3.ª Coleta de Exames

Hematócrito em ____/____ Resultado: _____ %

Plaquetas em ____/____ Resultado: _____ .000 mm³

Leucócitos em ____/____ Resultado: _____ .000 mm³

Sorologia em ____/____ Resultado: _____

Controle de 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)							
PA mmHg (deitado)							
Temp. Axilar °C							

Informações complementares