



FICHA DE SOLICITAÇÃO DE GOTA ESPESSA

Dados Gerais	1 Agravado/doença MALÁRIA		Código (CID10) B 54	Nº SINAN		
	2 Data da solicitação		3 UF			
	4 Local provável de infecção (Município, Estado ou País)		5 Data Primeiros Sintomas			
	6 Nome		7 Data de Nascimento			
Dados Pessoais	8 Peso (kg)		9 Gestante			
	<input type="checkbox"/> 1- Sim, semanas de gestação: _____		<input type="checkbox"/> 2- Não			
Sinais e sintomas clínicos	10 Sinais de gravidade (assinalar todos os que estiverem presentes)					
	<input type="checkbox"/> 1 - Alteração de nível de consciência	<input type="checkbox"/> 5 - Rx de tórax evidencia edema pulmonar				
	<input type="checkbox"/> 2 - Dispneia ou hiperventilação	<input type="checkbox"/> 6 - Hemorragias				
	<input type="checkbox"/> 3 - Convulsão	<input type="checkbox"/> 7 - Febre >41°C				
	<input type="checkbox"/> 4 - Hipotensão arterial ou choque	<input type="checkbox"/> 8 - Oligúria				
Alterações laboratoriais	11 Laboratorial					
	<input type="checkbox"/> 1 - Anemia grave					
	<input type="checkbox"/> 2 - Hipoglicemia					
	<input type="checkbox"/> 3 - Acidose metabólica					
	<input type="checkbox"/> 4 - Hiperlactatemia					
<input type="checkbox"/> 5 - Plaquetopenia						
RESUMO CLÍNICO						
_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____						
Dados Unidade Solicitante	12 Unidade			13 Telefone para contato ()		
	14 Responsável pelo preenchimento					