



Módulo de regulação de urgências - CROSS



Governo do Estado de São Paulo
Secretaria da Saúde

MÓDULO DE REGULAÇÃO DE URGÊNCIAS

Usuário: SUZETE ALVES Perfil: Usuário Padrão Unidade: CENTRAL DE REGULAÇÃO BARUERI



CROSS
CENTRAL DE REGULAÇÃO DE URGÊNCIAS BARUERI

Cadastro
Urgência
Internação
Consulta
Receptor
Ouvirôria
Help Desk

Novo solicitação de urgência

Solicitante
Paciente
Dados clínicos
HO/Procedimentos

Pesquisa de Paciente

Para continuar o processo ("Avançar") é necessário pesquisar o paciente, preenchendo um ou mais campos abaixo.

Código
CNS
CPF
RG
Nome
Nascimento
Nome da mãe
Pesquisar
Novo

Desconhecido
 RNI

CNS - Cartão Nacional de Saúde

CNS Incluir

CNS Cadastrados Excluir

Código
Nome*
Nome Social
CPF
RG
Data de Expedição

Mãe*
Pai

Estado Civil
Seleção
Nº de filhos
Nascimento*
Sexo*
Seleção

Raça/Cor*
Seleção

Nacionalidade*
Seleção
Escolaridade
Seleção
Plano de Saúde
Seleção

DDD Celular

DDD Telefone

DDD Tel. Com. Ramal

E-mail

Nome Contato

DDD Tel. Contato

CSP
Logradouro
Seleção
Endereço

CEP

Nº

Complemento

Bairro

UF*
Seleção
Município*
Seleção
Escolha o município do Estado - SP

Observação:

Pessoa com necessidades especiais

* Campos obrigatórios.

Incluir
Excluir

Fachar
Voltar
Avançar

FICHA GESTANTE

Dados da Gestação

Gestações
Partos
Abortos
Cesária
Tipo Sanguíneo

Idade Gestacional

IG - US semanas dias
D.U.M
IG - D.U.M

Exame Físico Geral

FC *
FR *
P.A. #: x mmHg
Peso kg
Edema

Exame Obstétrico

A.U
Contração Uterina
Bolsa
Líquido Amniótico
Colo
Dilatação cm

Quadro clínico

Ultrasom
Cardiotocografia

Patologias Prévias/Atuais

BCF
Movimentos Fetais
Apresentação

	BCF	Movimentos Fetais	Apresentação
Feto 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Feto 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Feto 3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Possui síndrome gripal? *

Sim Não

FICHA SÍNDROME GRIPAL



| Secretaria da Saúde

Glasgow
Selecione...

Oximetria em ar ambiente(SAT O2%) * (%)

Oximetria com O2 * l/min (%)

Temperatura * °C

Viajou recentemente? *
 Sim Não

Está com tosse? *
 Sim Não

Para onde? *

Característica da tosse *

História com data de início dos sintomas(epidemiologia, se pertinente) *

Descreva outros sintomas respiratórios *

Viajou recentemente? *
 Sim Não

Está com tosse? *
 Sim Não

Para onde? *

Característica da tosse *

História com data de início dos sintomas(epidemiologia, se pertinente) *

Descreva outros sintomas respiratórios *

Sinais e sintomas de gravidade que possam justificar internação em UTI *

Comorbidades *

Notificado? *:
 Sim Não

Vacinado para Influenza no ano corrente? *:
 Sim Não Não informado

Testes diagnósticos (se coletado, data da coleta, para onde foi enviado o resultado) *

RX ou TC do Tórax

Suporte de oxigenação em uso * **Parâmetros ventilatórios**
Selecione... FIO2 PEEP Vt ΔP FR

Gasometria arterial

Exame Físico *

Exames Subsidiários

Conduta Tomada *