



## Formulário Clínico

Esta versão do **TrateCov** é um **ambiente de simulação** que ficará disponível até que sejam realizados e validados os cadastros para registro dos profissionais de saúde na referida plataforma.

Por gentileza, preencher o formulário [clique aqui](#) e aguarde receber e-mail com seu login e senha.

Provisoriamente, esta plataforma estará disponível, exclusivamente, para médicos e enfermeiros que atuam na Secretaria de Saúde do Município de Manaus, na Secretaria Estadual de Saúde do Amazonas e Hospitais privados do Município de Manaus, que terão a validação de seus cadastros realizados pelas referidas gestões.

### Dados de Identificação do Paciente

|                           |                                 |                     |              |
|---------------------------|---------------------------------|---------------------|--------------|
| Nome completo do paciente | Arthur da Silva                 |                     |              |
| Data de nascimento        | 08-06-2020 <small>D-M-Y</small> | Idade (anos)        | 0.6          |
| Sexo                      | Masculino                       | Telefone de contato | 92 987650120 |

### Dados Clínicos

|                             |                                       |                             |                          |
|-----------------------------|---------------------------------------|-----------------------------|--------------------------|
| Data do atendimento         | 19-01-2021 <small>D-M-Y</small>       | Horário do atendimento      | 09:13 <small>H:M</small> |
| Data de início dos sintomas | 11-01-2021 <small>D-M-Y</small> Today | Duração dos sintomas (dias) | 8                        |

### Medidas antropométricas

|           |     |             |    |     |      |
|-----------|-----|-------------|----|-----|------|
| Peso (kg) | 7.3 | Altura (cm) | 64 | IMC | 17.8 |
|-----------|-----|-------------|----|-----|------|

### Comorbidades

|                        |     |     |                        |     |     |
|------------------------|-----|-----|------------------------|-----|-----|
| Hipertensão            | Não | Sim | Diabetes               | Não | Sim |
| Insuficiência cardíaca | Não | Sim | Doenças reumatológicas | Não | Sim |
| Insuficiência renal    | Não | Sim | Neoplasias             | Não | Sim |
| Asma                   | Não | Sim | DPOC                   | Não | Sim |
| Obesidade              | Não | Sim | Tabagismo              | Não | Sim |

Paciente apresenta calvice/ alopecia?

Não Sim

Nas duas últimas semanas, quantas vezes você frequentou algum dos lugares abaixo?

|                                        |   |                        |   |
|----------------------------------------|---|------------------------|---|
| Trabalho                               | 0 | Supermercado/ Farmácia | 0 |
| Bares/ Restaurantes                    | 0 | Serviços de Saúde      | 0 |
| Praia/ Parques                         | 0 | Transporte Público     | 0 |
| Festas/ Shows/ Comícios/ Manifestações | 0 | Número total           | 0 |

### Manifestações clínicas da COVID-19

|                                    |     |     |
|------------------------------------|-----|-----|
| Presença de anosmia?               | Não | Sim |
| Presença de disgeusia ou hiposmia? | Não | Sim |

Contato domiciliar com caso confirmado de COVID-19?

Não

Sim

reset

Contato no trabalho com caso confirmado de COVID-19?

Não

Sim

reset

#### Sintomas inespecíficos



Febre



Fraqueza



Fadiga



Perda de apetite



Tontura

#### Sintomas gripais



Tosse seca



Dor de garganta



Sinusite



Rinorréia



Congestão nasal



Cefaléia/ dor de cabeça

#### Sintomas de dengue



Artralgia



Mialgia



Hiperemia conjuntival



Lombalgia



Dor em coluna torácica



Cervicalgia



Dor em membros inferiores



Dor retrorbital

#### Sintomas gastrointestinais



Dor abdominal



Diarreia



Náuseas

#### Sinais de alerta de gravidade da COVID-19

Na presença de algum desses sinais: Encaminhar paciente para Unidade de Emergência

#### Sinais de Gravidade

Saturação de oxigênio < 92% em ar ambiente?

Não

Sim

reset

Presença de falta de ar?

Não

Sim

reset

#### ESCORE DE GRAVIDADE

14

#### DIAGNÓSTICO DE COVID-19 (ESCORE= 6 pontos ou mais)

Iniciar Tratamento Precoce para COVID-19  
Solicitar rt-PCR para pacientes com 5 dias ou menos de início dos sintomas

#### Recomendações TrateCov-Brasil

Principais critérios clínicos para a definição das condutas

Número de  
fatores de risco

0

Escore

14

Tempo de  
sintomas (dias)

8

## CONDUTA: Iniciar Tratamento Precoce

Paciente receberá o tratamento precoce?

Não

Sim

reset

Difostato de Cloroquina 500mg ----- 6 comprimidos. Tomar 1 comprimido de 12/12 horas no primeiro dia. Após, tomar 1 comprimido ao dia, até completar 5 dias.

reset

Hidroxiclороquina 200mg ----- 12 comprimidos. Tomar 2 comprimidos de 12/12 horas no primeiro dia. Após, tomar 2 comprimidos ao dia, até completar 5 dias.

reset

Ivermectina 6mg ----- Tomar 0 comprimidos ao dia por 5 dias.

reset

Azitromicina 500mg ----- 5 comprimidos. Tomar 1 comprimido ao dia, por 5 dias.

reset

Doxiciclina 100mg ----- 10 comprimidos. Tomar 1 comprimido 12/12 horas, por 5 dias.

reset

30mg

50mg

Sulfato de zinco ----- 14 comprimidos. Tomar 1 comprimido de 12/12 horas por 7 dias.

reset

reset

Dexametasona - selecionar a posologia

Frequência



Número de dias de tratamento



## Dados da Unidade de Saúde

Vínculo Institucional

Secretaria Municipal de Saúde de Manaus

Secretaria Estadual de Saúde do Amazonas

Hospitais privados do Município de Manaus

reset

## Dados do Profissional

Nome completo do profissional

Categoria



Registro (CRM/ COREN)

UF



Geolocalização - Latitude

reset

Geolocalização - Longitude

reset

Nota Informativa n. 17/2020 GAB/SE/MS: Orientações para Manuseio Medicamentoso Precoce de Pacientes com Diagnóstico da COVID-19 e opções terapêuticas adicionais disponíveis na literatura científica.



Enviar o formulário