

## CUIDADOS COM SUA SAÚDE - durante o tratamento

### » Faça o tratamento completo

- Compareça nas consultas, retornos e exames solicitados e sempre leve este cartão para registros do seu atendimento.

### » Evite esforço físico

- Descanse.
- O repouso é fundamental para a sua recuperação.

### » Não tome anti-inflamatório e AAS sem orientação médica

- Siga as orientações que você recebeu do profissional de saúde para o tratamento.
- Alguns medicamentos podem causar sangramento em pacientes com dengue.

### » Se sentir dores nas articulações, utilize compressa fria

- Coloque a compressa por 20 minutos e repita de 4 em 4 horas.

### » Beba líquidos e soro na quantidade recomendada para o seu peso

- Se hidrate! É muito importante para evitar que a doença se agrave.
- Beba água, soro, chá, água de coco ou suco na quantidade indicada para o seu peso.

### » Aumente os cuidados diários contra o mosquito

- A mesma pessoa pode adoecer mais de uma vez por diferentes sorotipos da dengue.

### Dengue e outras arboviroses na gestante é mais grave!

Pode aumentar o risco de parto prematuro, sangramento e outras complicações para a mãe e o bebê, com maior risco de morte.

- Retorne diariamente no serviço de saúde para avaliação, até permanecer 2 dias seguidos sem febre.
- Use repelentes a base de DEET ou Icaridina.
- Proteja-se com roupas compridas e claras, para evitar picadas.
- O acompanhamento da gestante é diferente. Não o compare com o acompanhamento de outra pessoa.
- Siga todas as recomendações médicas.



Se sentir um dos “Sinais de Alarme”, procure um serviço com maternidade.

Referência

**DEVISA** Departamento de Vigilância em Saúde

**SUS** SECRETARIA DE SAÚDE

**PREFEITURA DE CAMPINAS**



## CARTÃO DE ACOMPANHAMENTO

### ARBOVIROSES

DENGUE, CHIKUNGUNYA, ZIKA E OROPOUCHE

CAMPINAS/SP

Edição 5 | Ano 2025

Nome: \_\_\_\_\_

Centro de Saúde da área de moradia: \_\_\_\_\_

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

Data de início dos sintomas: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ SINAN: \_\_\_\_\_

Gestante ou puérpera até 14 dias: ( ) Sim ( ) Não

Presença de outros fatores de risco: ( ) Sim ( ) Não

RETORNAR EM: |\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_| |\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_| |\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_| |\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_| |\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_|

### ORIENTAÇÃO AO PACIENTE: Sinais de Alarme

RETORNE IMEDIATAMENTE AO CENTRO DE SAÚDE OU PRONTO SOCORRO SE VOCÊ APRESENTAR UM DESSES SINTOMAS:

- Tontura
- Dor na barriga muito forte
- Vômitos repetidos
- Suor frio
- Sangramentos espontâneos
- Sensação de desmaio
- Palidez
- Diminuição da urina
- Dificuldade de respirar
- Manchas roxas na pele
- Agitação ou sonolência



**Os sinais de alarme surgem** principalmente quando a febre desaparece, geralmente de 3 a 7 dias após o início dos sintomas, e podem indicar uma forma grave da doença.

**SUS** SECRETARIA DE SAÚDE

Durante o seu tratamento, apresente este cartão sempre que retornar a um Serviço de Saúde.

# Receita uso oral e hidratação indicada - 1º atendimento

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

( ) **Dipirona gotas (500 mg/ml)** \_\_\_\_\_

Se tiver dor ou febre maior ou igual a 37,8°C  
Tomar \_\_\_\_ gotas via oral de 6 em 6h

( ) **Dipirona 500 mg** \_\_\_\_\_

Se tiver dor ou febre maior ou igual a 37,8°C  
Tomar 01 (UM) comprimido via oral de 6 em 6h

( ) **Paracetamol gotas (200 mg/ml)** \_\_\_\_\_

Se tiver dor ou febre maior ou igual a 37,8°C  
Tomar \_\_\_\_ gotas via oral de 6 em 6h

( ) **Paracetamol 500 mg** \_\_\_\_\_

Se tiver dor ou febre maior ou igual a 37,8°C  
Tomar 01 (UM) comprimido via oral de 6 em 6h

( ) **Soro de reidratação oral** \_\_\_\_\_ unidades  
Preparar seguindo a orientação

( ) **Outros:** \_\_\_\_\_ →

( ) **Hidratação** Peso do paciente: \_\_\_\_\_

**Beber no mínimo \_\_\_\_ LITROS POR DIA, sendo:**

\_\_\_\_ Litros, por dia, de SORO

\_\_\_\_ Litros, por dia, de LÍQUIDOS

**Soro do Centro de Saúde** ou comprado na farmácia: Em 1 litro de água filtrada ou fervida, misture bem 1 envelope

**Soro caseiro:** Em 1 litro de água filtrada ou fervida, misture bem 2 colheres de sopa de açúcar e 1 colher de café de sal

**Carimbo e Assinatura** \_\_\_\_\_

## Área de uso do PROFISSIONAL DE SAÚDE para o monitoramento



**O preenchimento é fundamental** para o registro do histórico e o acompanhamento do paciente

Data	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
Unidade de atendimento								
Prova do laço								
Classificação de Risco Grupo A, B, C ou D								
PA sentado								
PA em pé								
Hematócrito								
Plaquetas								
Em gestante BCF								
Sinal Alarme ou Gravidade. Quais:								

Assinalar a Presença de Fatores de Risco:

- ( ) Petéquia
- ( ) Equimose espontânea
- ( ) Gestante ou puérpera
- ( ) Menor de 2 anos
- ( ) Mais de 65 anos
- ( ) Risco social
- ( ) Hipertensão arterial
- ( ) Hepatopatia
- ( ) Doença cardiovascular
- ( ) Diabetes mellitus
- ( ) DPOC
- ( ) Anemia falciforme
- ( ) Outras doenças hematológicas crônicas
- ( ) Doença acidopéptica e auto-imune
- ( ) Doença renal crônica
- ( ) Uso de antiagregante e anticoagulante

- Atenção à hemoconcentração
- Confirmar se o paciente já faz uso de anti-inflamatório e AAS
- Atenção para o atendimento da gestante com suspeita: Seguir conduta do material complementar: Gestantes e Puérperas

Diagnóstico diferencial para Febre Maculosa Brasileira e Leptospirose	SIM	NÃO
Houve exposição de risco para essas doenças antes de iniciar os sintomas?		
Iniciou tratamento específico?		