

NOME																					
UNIDADE DE ORIGEM																					
DADOS CLÍNICOS: INFARTO AGUDO MIOCARDIO								SCREENING COVID													
Em relação ao quadro clínico								Já teve COVID		☐ SIM		☐ NÃO									
Início Dor Torácica		dia				hora				Vacina COVID		☐ SIM		☐ NÃO							
Chegada na UPA		dia				hora				PCR COVID na Unidade		☐ SIM		☐ NÃO							
IAM com Supra-ST?		☐ SIM				☐ NÃO				Tipo teste		☐ IgG		☐ antígeno		☐ RT-PCR					
Observações								Data PCR													
Em relação ao tratamento medicamentoso:								Resultado PCR		☐ Positivo		☐ Negativo									
Feito Trombolítico?		☐ SIM				☐ NÃO				NOS ÚLTIMOS 5 DIAS APRESENTOU?											
Data/Hora Trombólise		dia				hora				TAX > 37,5º		☐ SIM		☐ NÃO							
Melhora dor?		☐ SIM				☐ NÃO				Tosse		☐ SIM		☐ NÃO							
Queda Supra-ST?		☐ SIM				☐ NÃO				Coriza		☐ SIM		☐ NÃO							
Feito AAS?		☐ SIM				☐ NÃO				Dispneia		☐ SIM		☐ NÃO							
Feito Clopidogrel?		☐ SIM				☐ NÃO				Diarréia		☐ SIM		☐ NÃO							
dose Clopidogrel		☐ 75mg		☐ 150mg		☐ 300mg		Mialgia		☐ SIM		☐ NÃO									
Em relação aos exames laboratoriais				Data:				Astenia		☐ SIM		☐ NÃO									
Hb				Leu				Linfo				Pqt				Odinofagia		☐ SIM		☐ NÃO	
Tropo				Ureia				Creat				Potássio				Perda paladar ou olfato		☐ SIM		☐ NÃO	
Em relação aos exames de imagem				Data:				☐ Não fez		☐ TC Típica		☐ TC Atípica		☐ TC Normal							
Estado Clínico Médico ATUAL																					
Angina no momento		☐ SIM				☐ NÃO				Uso Oxigênio		☐ SIM		☐ NÃO							
Pressão Arterial						FC				SO2 ar ambiente				tax							

ENVIAR EM ANEXO:

- EVOLUÇÃO COMPLETA
- LABORATÓRIO
- PRESCRIÇÃO
- ECG DE ADMISSÃO E EVOLUTIVOS

DEIXAR PACIENTE EM DIETA ZERO

Data e Hora da Avaliação

Assinatura e Carimbo do Médico