



GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE  
COMPLEXO HOSPITALAR REGIONAL DE CACOAL



FORMULÁRIO DE REGULAÇÃO ESPECIAL COVID-19

Data: \_\_\_\_\_ Horário: \_\_\_\_\_

Especificação da Assistência autorizada: ( ) TRIAGEM / CONSULTA

**PREENCHIMENTO SECRETÁRIO REGULAÇÃO**

**01 – IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

Nome do Paciente: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) F ( ) M

Cartão SUS: \_\_\_\_\_ Data de Nasc.: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_

Cidade do Paciente: \_\_\_\_\_ Telefone Contato: \_\_\_\_\_

Sinais vitais - Pressão Arterial: \_\_\_\_\_ Freq. Cardíaca: \_\_\_\_\_ Freq. Resp: \_\_\_\_\_ SatO2: \_\_\_\_\_

Realizada notificação (na cidade de origem) ( ) SIM ( ) NÃO

Secretário desta Regulação responsável pelo preenchimento da Guia: \_\_\_\_\_

**02 – DADOS DA UNIDADE HOSPITALAR SOLICITANTE**

Unidade Hospitalar solicitante: \_\_\_\_\_

Clínica de Origem: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_

Médico/Profissional Solicitante: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

Telefone e/ou outras informações úteis: \_\_\_\_\_

**03- PREENCHIMENTO MÉDICO REGULADOR**

Unidade Hospitalar destino: HOSPITAL REGIONAL DE CACOAL Cidade destino: CACOAL

Especialidade da Avaliação: UNIDADE COVID-19

Data de Atendimento: \_\_\_\_\_ Horário do Atendimento: \_\_\_\_\_ hs

Médico/Profissional regulador: \_\_\_\_\_ CRM nº.: \_\_\_\_\_

Liberação através de: ( ) TELEFONE CRUE ( ) TELEFONE HOSPITAL DE ORIGEM

Data da Liberação da Triagem: \_\_\_\_\_ Horário da Liberação da Triagem: \_\_\_\_\_ hs

**04- DADOS CLÍNICOS DO PACIENTE**

**CONDIÇÕES CLÍNICAS RELEVANTES (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO)\***

1- Estado Geral: ( ) Bom ( ) Regular ( ) Ruim (Grave)

2- Nível de Consciência: ( ) Consciente/Orientado ( ) Desorientado/Confuso ( ) Agitado ( ) Sedado

2.1 Rebaixamento do Nível de Consciência: ( ) Não ( ) Sim Glasgow: \_\_\_\_\_ Ramsay: \_\_\_\_\_

3- Suporte ventilatório: ( ) Não ( ) Sim ( ) Não invasivo (Cateter nasal/ Venturi) ( ) Invasivo (IOT/ Traqueo)

4- Em uso de drogas vasoativas: ( ) Não ( ) Sim Especifique: \_\_\_\_\_

5- Em uso de antibioticoterapia: ( ) Não ( ) Sim Especifique: \_\_\_\_\_ Data Início \_\_/\_\_/\_\_

6- Em uso de antivirais: ( ) Não ( ) Sim Especifique: \_\_\_\_\_ Data Início \_\_/\_\_/\_\_

7- Comorbidades: ( ) Não ( ) Sim Especifique: \_\_\_\_\_

8- Viagens recentes ( ) Não ( ) Sim Especifique: \_\_\_\_\_

**HISTÓRIA CLÍNICA RESUMIDA** (questionar tempo de evolução da doença; sinais e sintomas presentes ex. febre, tosse e sinais e sintomas respiratórios; histórico de exposição a paciente suspeito ou confirmado de COVID 19; história ocupacional)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

AVALIAÇÃO PRELIMINAR: COMPATÍVEL COM CASO SUSPEITO NÃO ( ) ( ) SIM

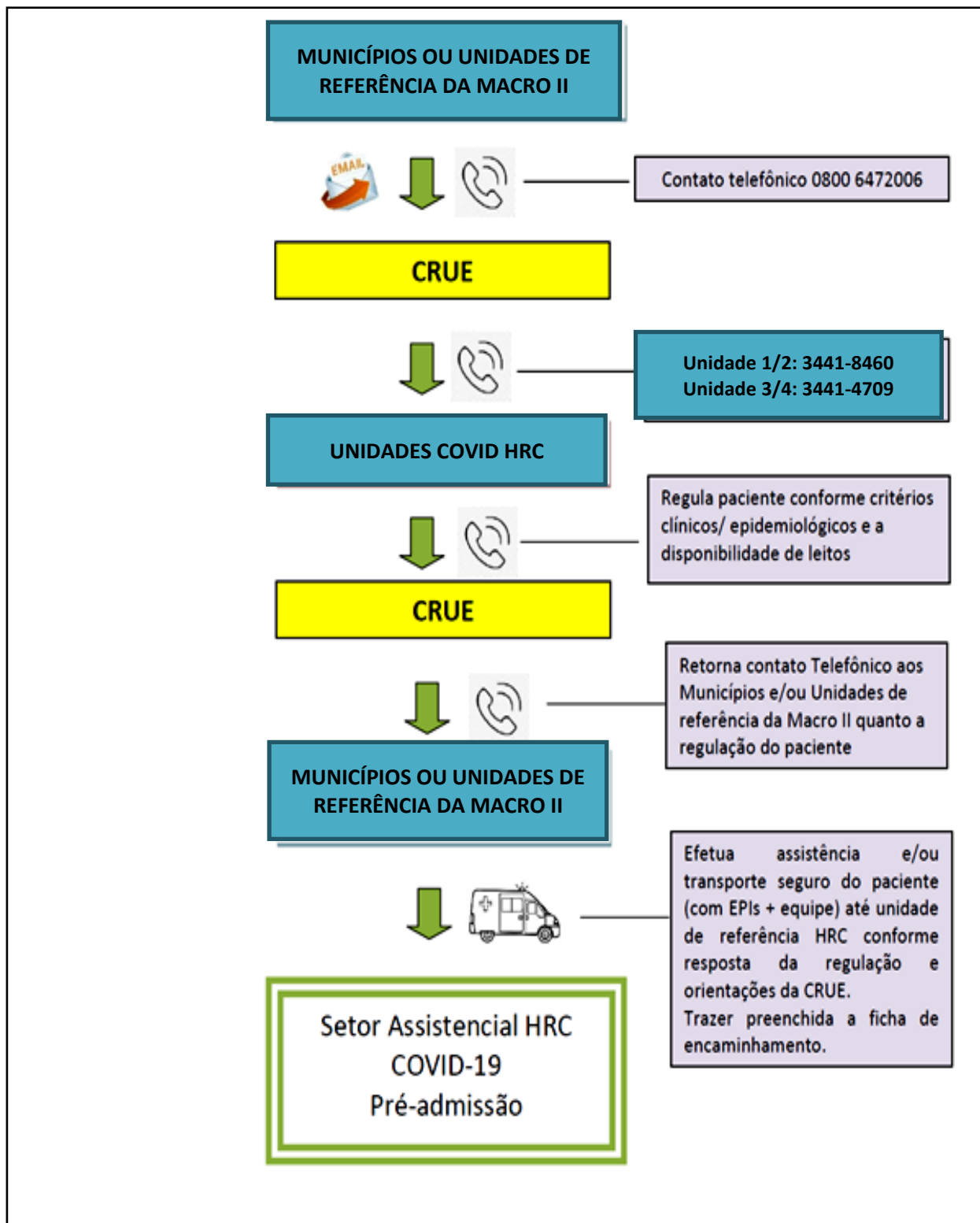
STATUS: ( ) NEGADO - Motivo: \_\_\_\_\_ ( ) AUTORIZADO

Atenção Regulador comunicar:

- 1) A equipe assistencial do município de origem sobre deve fazer o uso de epis, transporte com médico e permanecer com a equipe até o fim da triagem e internação.
- 2) Informar por contato telefônico a equipe assistencial do setor de Admissão do HRC sobre o paciente regulado.

\_\_\_\_\_  
Assinatura e/ou carimbo

COMPLEXO HOSPITALAR REGIONAL DE CACOAL  
FLUXO DE REGULAÇÃO DO PACIENTE SUSPEITO E/OU CONFIRMADO COVID-19



**Importante:** Trazer a ficha de solicitação de vaga preenchida, disponível no site do COHREC, constando unidade para qual o paciente foi regulado e o nome do plantonista do HRC que autorizou a vaga.