FICHA DE TRIAGEM PÓS COVID-19

O *National Research Action Plan on Long COVID*, lançado em 3 de agosto de 2022, define *COVID Longa* como uma doença multifacetada que pode afetar quase todos os sistemas orgânicos" e pode se manifestar como novos ou agravantes problemas de saúde crônicos, incluindo, entre outros, doenças cardíacas, diabetes, doenças renais, problemas hematológicos e condições mentais e neurológicas. Os sinais, sintomas e condições continuam ou surgem novamente 4 semanas ou mais após a infecção inicial sintomática ou assintomática e podem ser recorrentes e remitentes.

Fonte: Abbasi J. Os EUA agora têm um plano de pesquisa para longo COVID - é suficiente? *JAMA.* Publicado on-line em 12 de agosto de 2022. doi:10.1001/jama.2022.14536

FICHA DE TRIAGEM PÓS COVID-19 - ETAPA I

As escalas da Etapa I podem ser aplicadas por teleconsulta ou presencial.

Você tem alguma condição crônica de saúde?
( ) Sim ( ) Não ( ) Não sei

Se 'SIM', qual(is)? _____

Se 'SIM', a condição crônica de saúde surgiu após a COVID-19?
( ) Sim ( ) Não ( ) Não sei informar

A(s) condição(s) crônica(s) de saúde se agravaram Pós COVID-19?
( ) Sim, agravaram Pós COVID ( ) Não, não houve agravamento Pós COVID ( ) Não sei informar

AVALIAÇÃO RESPIRATÓRIA

Profissional indicado para aplicação: Sem restrição, desde que treinado.

Recebeu a vacina contra COVID-19? ( ) Sim ( ) Não
Se ´SIM´ ( ) 1ª Dose ( ) 2ª Dose ( ) 3ª Dose ( ) 4ª dose
Data da última dose: ___/___/___

É fumante: ( )Sim ( )Não
Se 'SIM', a quanto tempo? _____

Quantos cigarros ao dia? _____
Paciente foi hospitalizado por COVID-19? ( ) Sim ( ) Não
Se 'Sim', necessitou de internação em UTI: ( ) Sim ( ) Não

Tempo de internação (em dias): _____

Escala mMRC

Profissional indicado para aplicação: Sem restrição, desde que treinado

1. Tem falta de ar ao realizar exercício intenso. (**Grau 0)**

( )Sim ( )Não

2. Tem falta de ar quando apressa o passo ou sobe escadas ou ladeira. (**Grau 1)**

( )Sim ( )Não

3. Precisa parar algumas vezes quando anda no seu passo, ou anda mais devagar que outras pessoas da sua idade. **(Grau 2)**

( )Sim ( )Não

4. Precisa parar muitas vezes devido à falta de ar quando anda 100 metros ou após poucos minutos de caminhada no plano. **(Grau 3)**

( )Sim ( )Não

5. Sente tanta falta de ar que não sai de casa, ou precisa de ajuda para se vestir ou tomar banho sozinho. **(Grau – 4)**

( )Sim ( )Não

Encaminhamentos:

Solicitar espirometria e raio-x de tórax + encaminhar para Etapa II (triagem presencial) COM resultados dos exames Espirometria e Raio-x de Tórax SE:

- mMRC = OU > que 2

Acionar atendimento domiciliar:

- Se 'SIM' na questão 5 do mMRC

Se não alterado

- Segue com acompanhamento na UBS

AVALIAÇÃO MOTORA

Status Funcional Pós COVID-19 – PCFS

Profissional indicado para aplicação: Sem restrição, desde que treinado

Quanto você está atualmente afetado(a) na sua vida diária por causa da COVID-19. (Por favor indique qual das seguintes sentenças mais se aplica a você).

Eu não tenho limitação nas minhas atividades diárias (no meu dia a dia) nem sintomas como dor, depressão ou ansiedade relacionados à infecção.	**0 ( )**
Eu tenho limitações mínimas nas minhas atividades diárias (no meu dia a dia) mas eu consigo realizar todas as tarefas/atividades habituais, embora eu ainda tenha sintomas persistentes como dor, depressão ou ansiedade.	**1 ( )**
Eu tenho limitações nas minhas atividades diárias (no meu dia a dia) e eu de vez em quando necessito evitar ou reduzir atividades / trabalho ou demoro mais tempo para fazê-las por causa dos sintomas persistentes como dor, depressão ou ansiedade. Porém, sou capaz de fazer todas as atividades sem qualquer assistência.	**2 ( )**
Eu tenho limitações nas minhas atividades diárias (no meu dia a dia) e não sou capaz de realizar todas as tarefas / atividades habituais devido a sintomas, dor, depressão ou ansiedade. Porém, eu sou capaz de cuidar de mim mesmo sem qualquer ajuda.	**3 ( )**
Eu tenho limitações graves nas minhas atividades diárias (no meu dia a dia): Eu não sou capaz de cuidar de mim e, portanto, eu sou dependente de outras pessoas para cuidar de mim devido a sintomas, dor, depressão ou ansiedade.	**4 ( )**

Escala de Fadiga - FACIT

Profissional indicado para aplicação: Sem restrição, desde que treinado

Abaixo você encontrará uma lista de afirmações que outras pessoas com a sua doença disseram ser importante. Por favor, circunde ou marque um número em cada uma das linhas para indicar a resposta que melhor corresponde ao seu estado durante os últimos 7 dias.

1. Sinto-me fatigado(a)
( ) 0- Nem um pouco ( ) 1 – Um pouco ( ) 3- Mais ou menos ( ) 4 - Muito **Na somatória, Inverter pontuação (0 considera 4, 1 considera 3, 2 considera 2, 3 considera 1, 4 considera 0)**
2. Sinto fraqueza generalizada
( ) 0- Nem um pouco ( ) 1 – Um pouco ( ) 2- Mais ou menos ( ) 3- Mais ou menos ( ) 4 - Muito **Na somatória, Inverter pontuação (0 considera 4, 1 considera 3, 2 considera 2, 3 considera 1, 4 considera 0)**

3. Sinto-me sem forças
( ) 0- Nem um pouco ( ) 1 – Um pouco ( ) 2- Mais ou menos ( ) 3- Mais ou menos ( ) 4 - Muito **Na somatória, Inverter pontuação (0 considera 4, 1 considera 3, 2 considera 2, 3 considera 1, 4 considera 0)**

4. Sinto-me cansado(a)
( ) 0- Nem um pouco ( ) 1 – Um pouco ( ) 2- Mais ou menos ( ) 3- Mais ou menos ( ) 4 - Muito **Na somatória, Inverter pontuação (0 considera 4, 1 considera 3, 2 considera 2, 3 considera 1, 4 considera 0)**

5. Tenho dificuldade em começar as coisas porque estou cansado(a)
( ) 0- Nem um pouco ( ) 1 – Um pouco ( ) 2- Mais ou menos ( ) 3- Mais ou menos ( ) 4 - Muito **Na somatória, Inverter pontuação (0 considera 4, 1 considera 3, 2 considera 2, 3 considera 1, 4 considera 0)**

6. Tenho dificuldade em terminar as coisas porque estou cansado(a)
( ) 0- Nem um pouco ( ) 1 – Um pouco ( ) 2- Mais ou menos ( ) 3- Mais ou menos ( ) 4 - Muito **Na somatória, Inverter pontuação (0 considera 4, 1 considera 3, 2 considera 2, 3 considera 1, 4 considera 0)**

7. Tenho energia
( ) 1- Nem um pouco ( ) 2 – Um pouco ( )Mais ou menos ( ) 3- Mais ou menos ( ) 4 - Muito

8. Sou capaz de fazer as minhas atividades normais
( ) 1- Nem um pouco ( ) 2 – Um pouco ( )Mais ou menos ( ) 3- Mais ou menos ( ) 4 - Muito

9. Preciso dormir durante o dia
( ) 0- Nem um pouco ( ) 1 – Um pouco ( ) 2- Mais ou menos ( ) 3- Mais ou menos ( ) 4 - Muito **Na somatória, Inverter pontuação (0 considera 4, 1 considera 3, 2 considera 2, 3 considera 1, 4 considera 0)**

10. Estou cansado(a) demais para comer
( ) 0- Nem um pouco ( ) 1 – Um pouco ( ) 2- Mais ou menos ( ) 3- Mais ou menos ( ) 4 - Muito **Na somatória, Inverter pontuação (0 considera 4, 1 considera 3, 2 considera 2, 3 considera 1, 4 considera 0)**

11. Preciso de ajuda para as minhas atividades normais
( ) 0- Nem um pouco ( ) 1 – Um pouco ( ) 2- Mais ou menos ( ) 3- Mais ou menos ( ) 4 - Muito **Na somatória, Inverter pontuação (0 considera 4, 1 considera 3, 2 considera 2, 3 considera 1, 4 considera 0)**

12. Estou frustrado(a) por estar cansado(a) demais para fazer as coisas que quero ( ) 0- Nem um pouco ( ) 1 – Um pouco ( ) 2- Mais ou menos ( ) 3- Mais ou menos ( ) 4 - Muito **Na somatória, Inverter pontuação (0 considera 4, 1 considera 3, 2 considera 2, 3 considera 1, 4 considera 0)**

13. Tenho de limitar a minha vida social por estar cansado
( ) 0- Nem um pouco ( ) 1 – Um pouco ( ) 2- Mais ou menos ( ) 3- Mais ou menos ( ) 4 - Muito
Na somatória, Inverter pontuação (0 considera 4, 1 considera 3, 2 considera 2, 3 considera 1, 4 considera 0)

FACIT-F - Escore total: _____

Questionário EQ5D5L

Profissional indicado para aplicação: sem restrição, desde que treinado

Mobilidade

( ) 1- Não tenho problemas em andar

( ) 2- Tenho problemas leves em andar

( ) 3- Tenho problemas moderados em andar

( ) 4- Tenho problemas graves em andar

( ) 5- Sou incapaz de andar

Cuidados Pessoais

( ) 1- Não tenho problemas para me lavar ou me vestir

( ) 2- Tenho problemas leves para me lavar ou me vestir

( ) 3- Tenho problemas moderados para me lavar ou me vestir

( ) 4- Tenho problemas graves para me lavar ou me vestir

( ) 5- Sou incapaz de me lavar ou vestir sozinho(a)

Atividades Habituais (ex. trabalho, estudos, atividades domésticas, atividades em família ou de lazer)

( ) 1- Não tenho problemas em realizar as minhas atividades habituais

( ) 2- Tenho problemas leves em realizar as minhas atividades habituais

( ) 3- Tenho problemas moderados em realizar as minhas atividades habituais

( ) 4- Tenho problemas graves em realizar as minhas atividades habituais

( ) 5- Sou incapaz de realizar as minhas atividades habituais

Dor/Mal-Estar

( )1- Não tenho dores ou mal-estar

( ) 2- Tenho dores ou mal-estar leves

( ) 3- Tenho dores ou mal-estar moderados

( ) 4- Tenho dores ou mal-estar fortes

( ) 5- Tenho dores ou mal-estar extremos

Ansiedade/Depressão

( ) 1- Não estou ansioso(a) ou deprimido(a)

( ) 2- Estou levemente ansioso(a) ou deprimido(a)

( ) 3- Estou moderadamente ansioso(a) ou deprimido(a)

( ) 4- Estou muito ansioso(a) ou deprimido (a)

( ) 5- Estou extremamente ansioso(a) ou deprimido(a)

Para ajudar as pessoas a dizer quão bom ou mau o seu estado de saúde é, nós desenhamos uma escala (semelhante a um termômetro) no qual o melhor estado de saúde que possa imaginar é marcado por 100 e o pior estado de saúde que possa imaginar é marcado por 0.

Gostaria de indicasse nesta escala quão bom ou mau é, na sua opinião,
o seu estado de saúde **hoje**: _____

Encaminhamentos:

Encaminhar para Etapa II (triagem presencial) SE:

- Escala PCFS for IGUAL ou MAIOR que ´2` **OU**
- FACIT-F - Escore total for IGUAL ou MENOR que ´42` **OU**
- Questionário EQ5D5 for IGUAL OU MAIOR que ‘2’ em qualquer dimensão

Se não alterado

- Segue com acompanhamento na UBS

FICHA DE TRIAGEM PÓS COVID-19 - ETAPA II

As escalas da Etapa II devem ser aplicadas presencialmente.

AVALIAÇÃO RESPIRATÓRIA

Profissional indicado para aplicação: Sem restrição, desde que treinado.

1. Oximetria de pulso: Saturação de Oxigênio _____

2. Resultado da Espirometria: CVF _____

3. Laudo do Raio-x: _____

Encaminhamentos

Encaminhar para teleinterconsulta com Pneumologia SE:

- Saturação de oxigênio < 90%; **OU**
- CVF <80%; **OU**
- Raio-x de tórax padrão COVID

SE houver necessidade de teleconsulta com Pneumologista:

- Necessário resultado da Tomografia de Tórax recente

Se não alterado

- Segue com acompanhamento na UBS

AVALIAÇÃO MOTORA

Functional Oral Intake Scale (FOIS)

Profissional indicado para aplicação: qualquer profissional clínico, desde que treinado

( ) Nível 1: Nada por via oral

( ) Nível 2: Dependente de via alternativa e mínima via oral de algum alimento ou líquido

( ) Nível 3: Dependente de via alternativa com consistente via oral de alimento ou líquido

( ) Nível 4: Via oral total de uma única consistência

( ) Nível 5: Via oral total com múltiplas consistências, porém com necessidade de preparo especial

ou compensações
( ) Nível 6: Via oral total com múltiplas consistências, porém sem necessidade de preparo especial ou compensações, porém com restrições alimentares
( ) Nível 7: Via oral total sem restrições

Escala Visual Analógica (EVA) de Dor

Profissional indicado para aplicação: sem restrição, desde que treinado

Indique a quantidade de dor experimentada recentemente e faça um traço perpendicular a linha 'sem dor' - 'pior dor possível'

EVA lado DIREITO
( ) Não testável. Motivo:
( ) Sim. Locais e tipos de dor:

_____
Sem dor Pior dor possível

EVA lado ESQUERDO
( ) Não testável. Motivo:
( ) Sim. Locais e tipos de dor:

_____
Sem dor Pior dor possível

Questionário para Diagnóstico de Dor Neuropática (DN4)

Profissional indicado para aplicação: qualquer profissional clínico, desde que treinado

Por favor, responda às seguintes questões, assinalando uma única resposta para cada alínea.

Questão 1. A dor apresenta uma, ou mais, das características seguintes?
1. Queimadura ( ) Sim ( ) Não
2. Sensação de frio doloroso ( ) Sim ( ) Não
3. Choques elétricos ( ) Sim ( ) Não

Questão 2. Na mesma região da dor, sente também um ou mais dos seguintes sintomas?

4. Formigueiro ( ) Sim ( ) Não

5. Picadas ( ) Sim ( ) Não

6. Dormência ( ) Sim ( ) Não

7. Comichão ( ) Sim ( ) Não

Questão 3. A dor está localizada numa zona onde o exame físico evidencia: 8. Hipoestesia ao tato ( ) Sim ( ) Não

9. Hipoestesia à picada ( ) Sim ( ) Não

Questão 4. A dor é provocada ou aumentada por:

10. Fricção leve ("brushing") ( ) Sim ( ) Não

Pontuação final: _____

MRC de MMSS e MMII

Profissional indicado para aplicação: fisioterapeuta

Grau de força muscular:
0 = Nenhuma contração visível
1 = Contração visível sem movimento do segmento
2 = Movimento ativo com eliminação da gravidade
3 = Movimento ativo contra a gravidade
4 = Movimento ativo contra a gravidade e resistência
5 = Força normal

Movimentos avaliados - LADO DIREITO

Adbução de ombro:	( )0	( )1	( )2	( )3	( )4	( )5
Flexão de cotovelo:	( )0	( )1	( )2	( )3	( )4	( )5
Extensão de punho:	( )0	( )1	( )2	( )3	( )4	( )5
Flexão de quadril:	( )0	( )1	( )2	( )3	( )4	( )5
Extensão de joelho:	( )0	( )1	( )2	( )3	( )4	( )5
Dorsiflexão do tornozelo:	( )0	( )1	( )2	( )3	( )4	( )5

Movimentos avaliados - LADO ESQUERDO

Adbução de ombro:	( )0	( )1	( )2	( )3	( )4	( )5
Flexão de cotovelo:	( )0	( )1	( )2	( )3	( )4	( )5
Extensão de punho:	( )0	( )1	( )2	( )3	( )4	( )5
Flexão de quadril:	( )0	( )1	( )2	( )3	( )4	( )5
Extensão de joelho:	( )0	( )1	( )2	( )3	( )4	( )5
Dorsiflexão do tornozelo:	( )0	( )1	( )2	( )3	( )4	( )5

Pontuação final: _____

Timed Up and Go (TUG) – Teste de Levantar e Caminhar Cronometrado

Tempo de realização do teste (em segundos): _____

Notas:
Parâmetros de normalidade do teste "Timed Up and Go" por grupo etário (resultados medidos em segundos)

Grupo	Limite inferior	Média	Limite superior
20-29	7,17	8,57	9,97
30-39	7,33	8,56	9,79
40-49	6,98	8,86	10,74
50-59	7,61	9,90	12,19
60-69	6,62	7,91	9,20
70-79	7,23	8,67	10,12
80-99	8,11	11,68	15,26

Encaminhamentos

Encaminhar para teleinterconsulta/teleconsulta com fisiatra SE:

- *Functional Oral Intake Scale* (FOIS) for IGUAL ou MENOR que ´5`; **OU**
- Escala Visual Analógica (EVA) de Dor for CRÔNICA ou IGUAL ou MAIOR que '40'; **OU** ● Questionário para Diagnóstico de Dor Neuropática (DN4) for IGUAL ou MAIOR que '4'; **OU** ● MRC de MMSS e MMII se resultado for IGUAL ou MENOR que '47'
- Timed Up and Go (TUG) se resultado for aumento do tempo necessário para realização do teste de acordo com Parâmetros de Normalidade por grupo etário

Se não alterado:

- Segue com acompanhamento na UBS