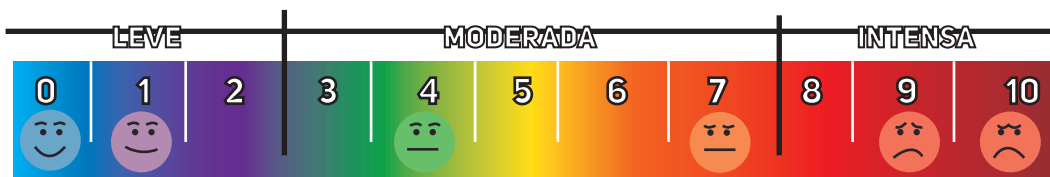


Recomenda-se a utilização destes dois instrumentos para classificação da intensidade da dor do paciente, com o objetivo de auxiliar no manejo e tratamento adequados.

Escala Analógica da Dor (EVA)



Entrevista com o paciente para diagnóstico de dor neuropática - DH4

Complete o questionário considerando o **escore**: 0 - para os itens negativos; 1 - para os itens positivos:

Dor neuropática: escore total a partir de 4/10

Questão 1: Sua dor tem uma ou mais das seguintes características?

- 1 - Queimação () Sim () Não
- 2 - Sensação de frio dolorosa () Sim () Não
- 3 - Choque elétrico () Sim () Não

Questão 2: Há presença de um ou mais dos seguintes sintomas na mesma área da sua dor?

- 4 - Formigamento () Sim () Não
- 5 - Alfinetada e agulhada () Sim () Não
- 6 - Adormecimento () Sim () Não
- 7 - Coceira () Sim () Não

Questão 3: A dor está localizada numa área onde o exame físico pode revelar uma ou mais das seguintes características?

- 8 - Hipoestesia ao toque () Sim () Não
- 9 - Hipoestesia à picada de agulha () Sim () Não

Questão 4: Na área dolorosa, a dor pode ser causada ou aumentada por:

- 10 - Escovação () Sim () Não



Governo do Estado de Minas Gerais
Secretaria de Estado de Saúde

Subsecretaria de Vigilância e Proteção à Saúde
Programa Estadual de Controle das Doenças Transmitidas pelo *Aedes*

CARTÃO DE ACOMPANHAMENTO DO PACIENTE EM TRATAMENTO PARA CHIKUNGUNYA

Quadro clínico compatível: fortes dores articulares e musculares acompanhadas de edema, febre, cefaleia, náusea, fadiga e exantema

Nome do paciente:

Nome da mãe:

Data de nascimento:

___/___/___

Sexo:

() Feminino () Masculino

Telefone:

Nº do cartão SUS/Prontuário:

Unidade de Saúde:

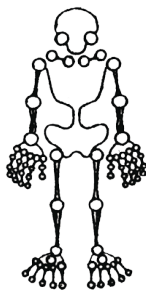
Comorbidades:

Data de início dos sintomas: ___/___/___ Febre há ___ dias.

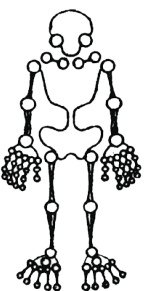
Classificação da doença no primeiro atendimento:

() Aguda: até 14 dias () Subaguda: acima de 14 dias a 3 meses () Crônica: acima de 3 meses

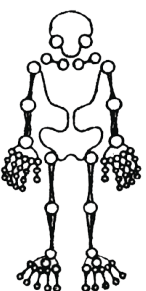
APRESENTAR ESSE CARTÃO SEMPRE QUE RETORNAR À UNIDADE DE SAÚDE

	Dor/Edema: Data: ____/____/____ Local de atendimento: _____	
	Eva: _____	Tratamento: () Dipirona () Paracetamol () Codeína () Ibuprofeno
	DN4*: _____	() Prednisona () Hidroxicloroquina () Sulfassalazina () Metotrexato () Gabapentina () Amitriptilina () Outros: _____
	Condução:	
Acompanhamento:		Exames laboratoriais:
() Psicologia () Reumatologia		
() Fisioterapia () Outros		

*Essa avaliação deve ser feita para dor moderada a intensa (EVA 4 a 10)

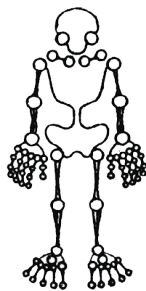
	Dor/Edema: Data: ____/____/____ Local de atendimento: _____	
	Eva: _____	Tratamento: () Dipirona () Paracetamol () Codeína () Ibuprofeno
	DN4*: _____	() Prednisona () Hidroxicloroquina () Sulfassalazina () Metotrexato () Gabapentina () Amitriptilina () Outros: _____
	Condução:	
Acompanhamento:		Exames laboratoriais:
() Psicologia () Reumatologia		
() Fisioterapia () Outros		

*Essa avaliação deve ser feita para dor moderada a intensa (EVA 4 a 10)

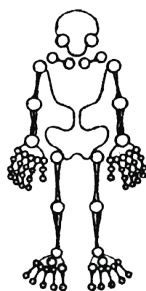
	Dor/Edema: Data: ____/____/____ Local de atendimento: _____	
	Eva: _____	Tratamento: () Dipirona () Paracetamol () Codeína () Ibuprofeno
	DN4*: _____	() Prednisona () Hidroxicloroquina () Sulfassalazina () Metotrexato () Gabapentina () Amitriptilina () Outros: _____
	Condução:	
Acompanhamento:		Exames laboratoriais:
() Psicologia () Reumatologia		
() Fisioterapia () Outros		

*Essa avaliação deve ser feita para dor moderada a intensa (EVA 4 a 10)

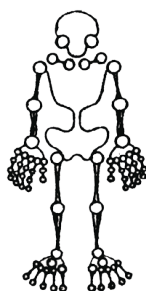
Recomenda-se aos profissionais de saúde consultar as orientações do Ministério da Saúde para manejo do paciente com chikungunya: <https://goo.gl/A68jQE>

	Dor/Edema: Data: ____/____/____ Local de atendimento: _____	
	Eva: _____	Tratamento: () Dipirona () Paracetamol () Codeína () Ibuprofeno
	DN4*: _____	() Prednisona () Hidroxicloroquina () Sulfassalazina () Metotrexato () Gabapentina () Amitriptilina () Outros: _____
	Condução:	
Acompanhamento:		Exames laboratoriais:
() Psicologia () Reumatologia		
() Fisioterapia () Outros		

*Essa avaliação deve ser feita para dor moderada a intensa (EVA 4 a 10)

	Dor/Edema: Data: ____/____/____ Local de atendimento: _____	
	Eva: _____	Tratamento: () Dipirona () Paracetamol () Codeína () Ibuprofeno
	DN4*: _____	() Prednisona () Hidroxicloroquina () Sulfassalazina () Metotrexato () Gabapentina () Amitriptilina () Outros: _____
	Condução:	
Acompanhamento:		Exames laboratoriais:
() Psicologia () Reumatologia		
() Fisioterapia () Outros		

*Essa avaliação deve ser feita para dor moderada a intensa (EVA 4 a 10)

	Dor/Edema: Data: ____/____/____ Local de atendimento: _____	
	Eva: _____	Tratamento: () Dipirona () Paracetamol () Codeína () Ibuprofeno
	DN4*: _____	() Prednisona () Hidroxicloroquina () Sulfassalazina () Metotrexato () Gabapentina () Amitriptilina () Outros: _____
	Condução:	
Acompanhamento:		Exames laboratoriais:
() Psicologia () Reumatologia		
() Fisioterapia () Outros		

*Essa avaliação deve ser feita para dor moderada a intensa (EVA 4 a 10)

Não utilizar AINH (anti-inflamatório não hormonal) e corticoides na fase aguda, pelo risco de complicações (hemorragia e insuficiência renal). Não utilizar corticosteroides em pacientes portadores de diabetes, hipertensão não controlada, história de fratura por osteoporose, transtorno de humor bipolar, insuficiência renal crônica em diálise, síndrome de Cushing, obesidade grau III, arritmias e coronariopatias.