

PE 074

05

74P

76.11

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

FACULDADE DE MEDICINA

ESTÁGIO ROTATÓRIO EM PEDIATRIA

"FEBRE - QUAL O DIAGNÓSTICO?"

AUTORES:

MÁRCIA REBELO

ITAMAR DE O. VIEIRA

PAULO EUGÊNIO C. MONTEIRO

Florianópolis, 24 de Novembro de 1976.

## "FEBRE - QUAL O DIAGNÓSTICO?"

1. Introdução
2. Consulta bibliográfica
  - 2.1 - Conceito de Febre
  - 2.2 - Tipos
  - 2.3 - Mecanismo de regulação
  - 2.4 - Patogenia
  - 2.5 - Classificação clínica das causas
  - 2.6 - Roteiro diagnóstico
3. Casos clínicos
4. Discussão
5. Conclusões e sugestões
6. Referências bibliográficas

### 1. Introdução:

Visando orientarmo-nos num tema de suma importância na Prática Clínica, escolhemos "Febre - Qual o diagnóstico?".

Este trabalho faz parte das atividades que desenvolvemos no Estágio Rotatório de Pediatria, no Hospital Infantil Edith Gama Ramos.

Após consulta bibliográfica discorreremos sobre Febre, dando um destaque maior sobre Febre de Origem Obscura.

Tomamos dois casos de Febre internados no H.I.E. G.R., os quais serão a parte central da discussão.

Na Discussão, Conclusões e Sugestões, não temos intenção de criticar o trabalho médico desenvolvido, mas sim dar uma orientação acadêmica, porque não vivemos os casos.

## 2. Consulta bibliográfica:

### 2.1 - Conceito

A variação da temperatura corporal normal, situada numa faixa que oscila entre 36°C e 37,5°C, medida na axila, é passível de variar para menos (Hipotermia) ou para mais (Hipertermia).

As hipertermias, de acordo com Wunderlich, podem ser enquadradas na escala abaixo:

- Hipertermia
- Temperatura subfebril → 37,5 à 38°C
- Temperatura febril → 38 a 40,5°C
- Hiperpirexias acima de 40°C

As interações e as neuropatologias (Meningites, encefalites) podem ser responsabilizadas pelas graves hiperpirexias que chegam a 44 - 44,5°C e que não respondem à medicação anti-térmica usual. Temperaturas acima de 45°C são incompatíveis com a vida.

### 2.2- Tipos

De acordo com a clássica semiótica de Romeiro, podemos classificar e definir os seguintes tipos de hipertermias:

- A - Tipo contínuo: quando as oscilações diárias entre a temperatura máxima e a mínima não ultrapassam de 1 (um) grau centígrado.
- B - Tipo remitente: Neste tipo encontramos variações que ultrapassam de 1 (um) grau centígrado.
- C - Tipo intermitente: Existe uma alternância entre o acme febril e o estado de apirexia. Exemplo clássico é o de hipertermia que ocorre na Malaria com as características correspondentes que permitiram a classificação em Terça benigna, maligna e Quartã.

D - Tipo recorrente: Aqui ocorre alguns dias de febre com alguns dias de apirexia.

E - Tipo inverso: Habitualmente a febre é mais elevada à tarde, e mais baixa pela manhã. No tipo inverso ocorre o contrário.

De duas maneiras a temperatura baixa: em CRISE ou em LISE.

Falamos que a temperatura baixa em crise quando a volta à temperatura corpórea normal é feita rapidamente. É dita em lise quando esta volta é progressiva, em dias. (4)

### 2.3 - Mecanismo de regulação

Em condições normais e em repouso, as maiores fontes caloríficas do organismo são os músculos esqueléticos e o fígado. Durante o exercício e os estados febrís, os músculos são a principal fonte. Para que a temperatura do corpo se mantenha constante, apesar das variações da temperatura externa (o que constitui uma das características dos mamíferos), vários mecanismos entram em ação:

Mecanismos que dissipam calor	Mecanismos que conservam calor
sudorese taquipnéia vasodilatação periférica "calefrios"	vasoconstricção periférica

A manutenção constante da temperatura (37 - 37,2°C) depende da interação de múltiplos setores: Sistema Nervoso Autônomo (controlando as perdas e ganhos de calor por intermédio do calibre vascular), Sistema motor somático (participando nos tremores musculares dos "calefrios"), fibras viscerais aferentes (receptores térmicos cutâneos, conduzindo estímulos aos centros cerebrais superiores no caso de esfriamento da pele).

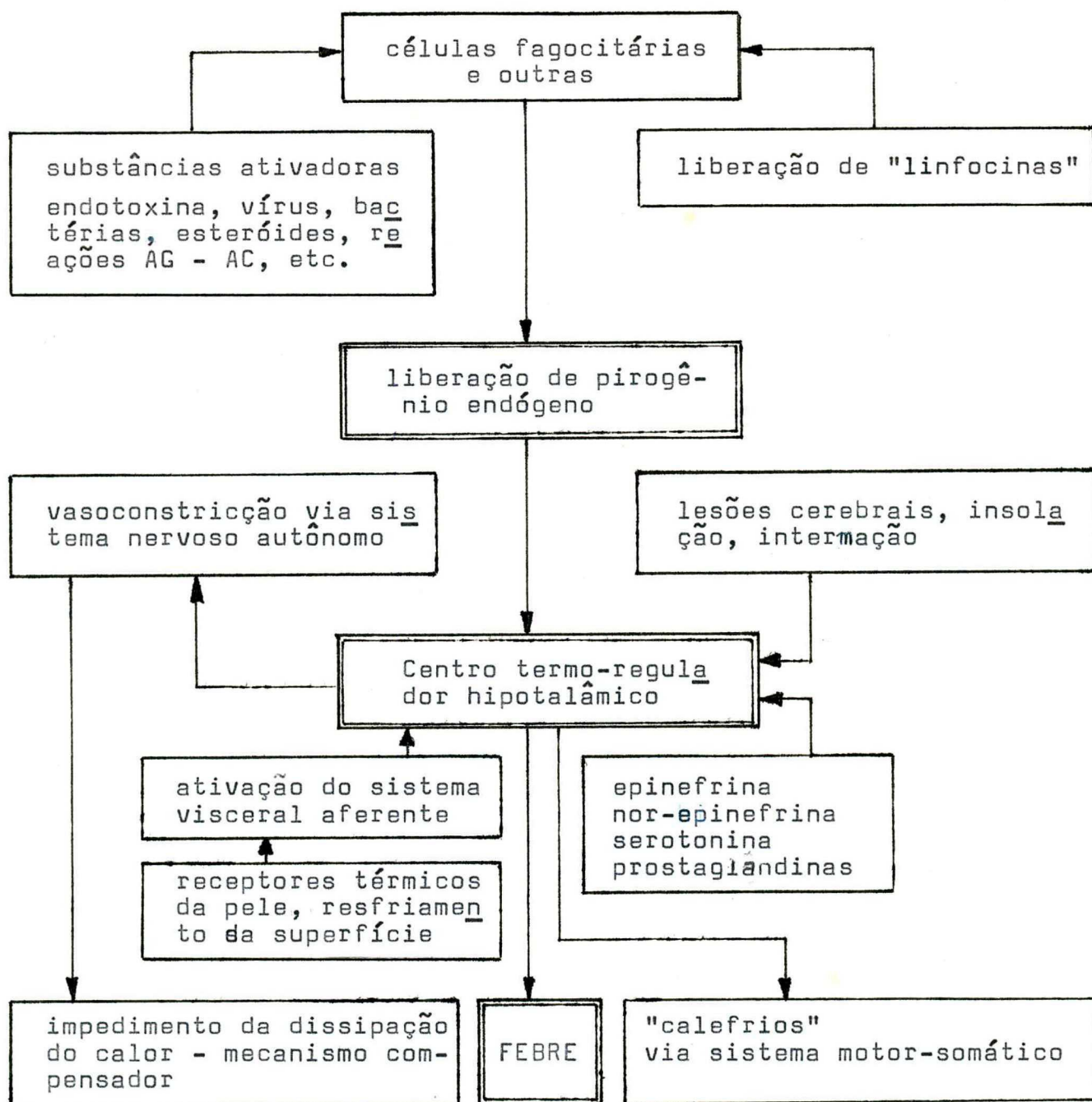
Cabe, entretanto, ao Hipotálamo (região anterior) o papel de centro termo-regulador do organismo. A elevação da temperatura do sangue que perfunde o hipotálamo, parece ser o fator mais importante na regulação térmica do corpo e, neste caso, na mobilização dos mecanismos que promovem dissipação do calor. Esses mecanismos são inicialmente a vasodilatação, sudorese e respiração ofegante.

O estímulo térmico primário que promove a conservação do calor (via constricção) e aumenta a produção do calor (via "calefrios") ainda é especulativo.

#### 2.4 - Patogenia

Apesar dos incontáveis e meticulosos estudos sobre a patogenia da febre, algumas questões permanecem ainda irrespondíveis. Até agora, três mecanismos principais estão implicados na fisiopatologia da febre:

- 1) Mecanismos relacionados com a liberação do pirogênio endógeno.
- 2) Mecanismos relacionados com o sistema periférico da termo-regulação.
- 3) Mecanismos relacionados com o sistema central de termo-regulação (hipotálamo).



\* Quadro retirado do Manual de Fisiopatologia Clínica (5)

## 2.5 - Classificação clínica das causas de febre

- 1) Infeções: virais, rickettsiais, bacterianas, fúngicas e parasitárias. São as causas mais comuns de febre.
- 2) Doenças de etiologia indeterminada:
  - doenças do colágeno
  - outras: sarcoidose, amiloidose, etc.
- 3) Doenças do SNC: AVC, traumatismos cranianos, tumores cerebrais ou de medula, doenças de generativas.
- 4) Doenças neoplásicas malignas: neoplasias primárias, metastáticas, carcinóide.
- 5) Doenças hematológicas
- 6) Doenças cardiovasculares
- 7) Doenças gastro-intestinais
- 8) Doenças endócrinas
- 9) Doenças devido a agentes físicos
- 10) Doenças devido a agentes químicos
- 11) Desordens do balanço hídrico
- 12) Febre iatrogênica
- 13) Febre psicogênica
- 14) Febre "falsa" ou fictícia
- 15) Causas desconhecidas

(2)

## 2.6 - Roteiro diagnóstico

A maioria dos casos de febre podem ser prontamente diagnosticados porque são auto limitadas. A história, o exame clínico, o hemograma, a radiografia de torax e o exame de urina são suficientes para estabelecer o diagnóstico presuntivo na maioria dos casos.

(6)

Uma percentagem elevada de casos fica sem diagnóstico mesmo após exaustiva investigação. Esta percentagem de fracasso se reduz progressivamente com

a repetição dos exames físico e complementares.

Geralmente diz-se que um paciente tem febre de origem obscura quando a causa da elevação na temperatura não foi esclarecida após os exames iniciais terem sido completados.

Quando o clínico tem problema no diagnóstico diferencial no qual a manifestação chave é febre, não há um plano único de ataque que seja aplicável a cada situação. Uma cuidadosa revisão da história e do exame físico, entretanto, usualmente indicará os passos que mais provavelmente levarão a um diagnóstico específico.

Deve ser dada especial atenção aos fatores epidemiológicos que possam estar implicados, tais como local de residência, contacto com animais ou pássaros, e contacto com pessoas suspeitas de portarem alguma doença infecciosa. Deve-se investigar também história de ingestão de drogas. (3)

### Febre de origem obscura

#### Roteiro Diagnóstico

A história e o exame físico repetidos continuam sendo os melhores meios de diagnóstico. Suspender toda a medicação em uso e tomar a curva térmica de 4/4 horas, durante até uma semana. Indagar sobre história familiar de febre. Indagar sobre a periodicidade da febre e sua duração. Indagar sobre o uso de drogas.

#### Roteiro de exames complementares

1ª etapa: hemossedimentação

hemograma completo

elementos anormais e sedimento da urina

PPD

hemoculturas: uma de 2/2 horas até completar seis, incubadas durante 15 dias e semeadas em meios para bactérias aeróbias e anaeróbias, fungos e leptospiras.



urinocultura, coprocultura e cultura de es  
carro.

pesquisa de Plasmódios e reação de Widal

Rx simples de tórax (PA e perfil)

Rx simples de abdome

Colecistografia

Exame ginecológico

Se há órgãos aumentados, fazer logo a biópsia.

2ª etapa: retossigmoidoscopia

provas de função hepática

pesquisa de células LE

dosagem de ASO

prova do látex

punção da medula esternal

reação de Sabin-Feldmann

reação de Machado-Guerreiro

eletroforese de proteínas

sorologia para Lues

pesquisa de blastomicose brasileira

ECC

urografia excretora

clister opaco

reação de Paul-Bunnell

3ª etapa: citologia e cultura do L.C.R.

dosagem do Iodo Proteico

prova da histoplasmina

aglutinação para brucela

prova de Kveim

trânsito delgado

linfangiografia retroperitoneal

4ª etapa: reação de Weil-Felix

biópsias de gânglio, pele, artéria, músculo

peitoral, reto, fígado e baço

colangiografia percutânea

Rx esqueleto

arteriografia renal

laparoscopia

Todo tecido biopsiado deve ser posto em cultura.

5ª etapa: laparotomia exploradora: com febre com mais de 6 meses de duração, com sintomas abdominais mesmo imprecisos, anemia e perda de peso; pode ser diagnóstica em 80% dos casos indicados; não deixar de ver e palpar os rins durante a operação.

6ª etapa: Alta provisória, com revisões de 30/30 dias ou prova terapêutica empírica.

7ª etapa: Toracotomia exploradora.

(1 e 7)

### 3. Casos clínicos:

Dados coletados nos arquivos do Hospital Infantil Edith Gama Ramos, em Florianópolis.

1º) M.M.C., 7 anos, sexo feminino, branca, admitida neste Hospital em 07/10/76 (Prontuário nº 44295).

Q.P.: dor na perna direita

H.D.A.: Início há 1 dia com dor súbita no pé direito que se propaga para a perna e coxa direita. Não consegue mais deambular. Evacua e urina normalmente. Nega vômitos. Há 4 dias apresenta tosse produtiva com expectoração purulenta.

H.M.P.: sp

Exame físico:

P: 20,500 g      FC: 140      FR: 44      PA:      T:  
 Impressão geral regular, lúcida, irritada, eupneica, facies atípica. hipoativa, palidez de pele, marcha comprometida. Atitude antálgica da perna direita. Pele com múltiplas lesões em fase cicatricial em MMSS e MMII. Algumas lesões pustulosas. Mucosas úmidas e coradas. TCSC diminuído. Musculatura eutrófica. Gânglios retroauriculares múltiplos palpáveis, indolores, móveis, pequenos (0,5 cm).  
 Gânglio inguinal direito palpável, doloroso, móvel (+ 1 cm).

Cabeça: N.D.N.

Pescoço: N.D.N.

Torax simétrico, sem tiragem, expansibilidade mantida.

Ausculata pulmonar: N.D.N.

Ausculata cardíaca: SS ++/4 mais em FM.

Abdome plano, doloroso à palpação superficial e profunda. Baço e fígado impalpáveis.

Períneo: N.D.N.

Membros: MID com hipertermia, doloroso; múltiplas lesões tipo piodermite, algumas em cicatrização em ambos os MMII.

SNC: discreta rigidez de nuca

Estado geral: regular

Exames laboratoriais solicitados na admissão:

a) Hemograma com plaquetas e reticulócitos:

He	3.900.000	Leuco	eosino 3    Plaquetas 400.000 linfo 32    Retic.    1.7% mono    3 bastão 10 segm. 52
Hb	11.4	12.500	
Ht	34		

b) Parcial de urina: Aspecto turvo, depósito apreciável  
 15 piócitos p/campo    2 células epiteliais p/campo  
 1 hemácia p/campo    muco +++

c) Parasitológico:

tricocéfalo

d) Proteinemia:

Proteínas totais: 6,40

Albumina: 4,00

A/G: 1,6

Globulinas: 2,40

e) Sorologia p/Lues: negativo

f) PPD: negativo

g) Rx tórax: sinais de traqueobronquite  
 coração normal  
 seios costo-frênicos livres

h) Rx de bacia e coxa: sem alterações.

O diagnóstico inicial foi de Síndrome Infeccioso a esclarecer.

Evolução

(Veja anexo 1)

Paciente se encontrava afebril; as lesões em MMII estavam em fase de cicatrização. Exame físico se mantinha inalterado.

A medicação instituída se constituía em:

- Butazolidina 250 mg - 1 supositório 3 x/dia
- Endosprin 20 gotas - 6/6horas
- Kefazol 500 mg IM 12/12 horas
- Banho com KMnO4
- Xarope Iodeto de Potássio
- Nebacetin

Foi mantida de 07 a 10/10/76.

Quatro dias após a internação (10/10/76), começou a apresentar cefaléia intensa e vômitos. Apresentava sinais meníngeos. Foi solicitado punção lombar. Já havia sido feita cultura do LCR quando da admissão, cujo resultado foi negativo. Nesta nova punção foi observado:

- contagem global de células: zero/mm<sup>3</sup>
- glicose: 69,75 mg %
- cloretos: 720,00 mg %
- proteínas: 11,10 mg %
- bactérias: negativo
- imunoeletroforese: negativo

No dia 11/10, a medicação foi modificada para:

- Novalgina
- Tanderil: 1 supositório 12/12 horas
- Kefazol: 500 mg IM 12/12 horas

No dia seguinte foram solicitados:

- a) Hemograma { He 3.900.000 leuco { eosino 4  
                   { Hb 11,4            7000    { linfo 56  
                   { Ht 34                            { mono 2  
   { bastão 2  
   { segm. 36
- b) Urina { aspecto límpido    { 15 pio p/campo  
           { depósito nulo        { 6 células epit. p/campo
- { germes ++  
           { muco +
- c) Paul-Bunnell: negativo
- d) PPD

Continuava afebril e apresentava rigidez de nuca.

No dia 13/10 foram solicitados:

- ECG: arritmia sinusal
- Consulta com cardiologista
- Uréia, creatinina
- Provas de Atividade Reumática

A medicação foi modificada para:

- Dieta líquida
- SG 5% - 1.500 ml
- SF - 500 ml > 25 gotas
- Binotal 500 mg EV 6/6h
- Garamicina 40 mg IM 12/12h
- Plasil
- Novalgina

Esta medicação foi mantida até o dia 18/10.

O paciente evoluiu afebril, com regressão total da piodermite e sem quixas em MID.

Em 15/10 vieram estes resultados:

- Provas de Atividade Reumática
 

}	ASO	{	qualitativa: positivo quantitativa: 500 U
			mucoproteínas: 7.20 mg% em tirosina
			proteína C reativa: posit.
- Uréia: 15,28 mg%
- Creatinina: 0,33 mg%

Foi solicitado contagem sedimentar de Almeida.

Em 18/10 vieram estes resultados:

- E.C.G.: normal
- Contagem Sedimentar de Almeida:
 

{	volume 90 ml	sedimento	{	eritrocit: 1.500
	densidade 1014			leuco: 2.500
	pH 5			cels epit: 500
	proteínas: negativo			cilindros: 0
				bactérias: posit.

Consulta à cardiologia: foi dado o diagnóstico de Cardite Reumática.

A medicação instituída foi:

- Escurociline IM 400.000 U 12/12h
- Meticorten 20 mg VO 8/8h
- Repouso
- Rarical

No dia seguinte (19/10), a paciente se apresentava febril (38,1°C); sinais meningeos positivo.

A medicação foi novamente modificada para:

- Plasil
- Garamicina 40 mg IM 8/8h
- Binotal
- Meticorten 10 mg VO 6/6h
- Novalgina

A paciente evoluiu então afebril, sem sinais meningeos, ganhando peso.

No dia 25/10: Reação de Widal positiva para Salmonella tipo B.

No dia 27/10: Coprocultura { E. coli  
Salmonella

No dia 28/10: Foram solicitadas novas provas de Atividade Reumática:

{ Proteína C reativa: negativa  
Mucoproteínas: 4,35 mg% em tirosina  
ASD { qualitativa: negativa  
quantitativa: 250 U

No dia 29/10, foi suspensa a Garamicina.

Foi instituído apenas { Dieta para idade  
Complexo B

A paciente teve alta em 03/11/76, em condições melhoradas, afebril, sem queixas em MID. Ganhou peso.

Diagnóstico de alta: Infecção urinária + Febre Tifóide

2º) M.B.V.S., 5 anos, sexo feminino, cor branca, natural de Florianópolis. Prontuário nº 044187. Admitida em 30/08/76.

Q.P.: sonolência + anorexia + febre

H.D.A.: Há cinco dias com febre e diarreia (5x/d), fezes líquidas, fétidas, com muco. Foi medicada com melhora. Há três dias novamente com febre alta, vômitos + sonolência.

H.M.P.: sp

Exame físico:

P: 20 Kg      FC: 100      FR: 36      T: 37°C

Estado geral regular, nutrida, hidratada, sonolenta, hipotativa, atitude indiferente, TCSC presente, mucosas coradas.

Face: coriza purulenta

Tórax: pulmões limpos, hipofonese de bulhas cardíacas.

Abdome: globoso, doloroso à palpação (periumbilical).

SNC: sem sinais meníngeos.

Exames solicitados:

1) Hemograma com plaquetas e reticulócitos:

He	3.600.000	leuco	{ eosino 1 linfo 30 mono 1 bastão 2 segm. 66	plaquetas	270.000
Hb	10,1	7.000		retic.	1,2%
Ht	31				

2) Proteinemia:

Proteínas totais	4,80	
Albumina	2,24	A/G: 0,87
Globulinas	2,56	

3) Parcial de urina:

Aspecto límpido, depósito nulo

50 pio p/campo germes ++

6 células epit. p/campo muco ++

4) Reação de Widal: negativo

5) Parasitológico

6) Rx tórax (em pé e deitado): sem alteração

7) Rx simples de abdome (em pé e deitado):

distensão discreta do colon direito

provável globo vesical

Diagnóstico provisório: Síndrome Infeccioso a esclarecer.

Evolução

(veja anexo 2)

A medicação inicial instituída foi:

- Esquema de hidratação
- Cloranfenicol
- Novalgina

No dia seguinte (01.10) foram adicionados:

- Dieta obstipante
- Lasix

Em 02/10: Apresentava edema de face e de MMII. O fígado, neste dia, foi palpável à dois dedos do RCD.

Foram solicitados:

- Contagem sedimentar de Almeida
- Cultura de urina (foi negativa).

No dia 03./10, apresentou sinais urticariformes e febre.

Em 04/10, apresentou picos febris  $\left\{ \begin{array}{l} 22 \text{ h } 38,6^{\circ}\text{C} \\ 23 \text{ h } 39^{\circ}\text{C} \\ 04 \text{ h } 37,8^{\circ}\text{C} \end{array} \right.$

Em 05/10, veio o resultado da Hemocultura, que foi positiva: Presença de cocos (micro) com características morfológicas e tinturiais de *Staphylococcus* (contaminação?)

Contagem Sedimentar de Almeida:

volume 90 ml	Sedimento	Hemácias 1500
densidade 1001		leuco 65.600
pH 7		cels epit. 500
proteínas negativo		cilindros 0
		bactérias ++

Uréia 31,41 mg %

Creatinina 1,03 mg %

No dia 06/10, a paciente se apresentava sonolenta e com picos febris.

Parcial de urina: 65.000 leucócitos/ml

Foi suspenso o Cloranfenicol e iniciada a Garamicina (20 mg IM 8/8h).

Em 08/10, um novo hemograma mostrou:

He 3.900.000	leuco 9.000	} eosino 4 linfo 51 mono 3 bastão 4 segm. 38	VHS	{ 1ª h 39 mm 2ª h 45 mm
Hb 11,4				
Ht 34				

PPD: negativo

Sorologia para Lues: negativa

Continuou com edema e picos febris. Fígado palpável à três dedos do RCD. Gânglios inguinais e cervicais palpáveis.

Foram solicitados novo hemograma e PPD.

Em 11/10, continuava com o mesmo quadro. Foram solicitados:

- Rx tórax
- Reação de Vidal
- Contagem Sedimentar de Almeida

Em 12/10, a paciente estava sonolenta

Pulmões: sp

Contagem Sedimentar de Almeida:



volume 100 ml	Sedimento	}	Hemácias 1500
densidade 1003			leuco 3.000
pH 5			cels epit. 500
proteínas ++			cilindros 0
			bactérias ++

Hemograma:			}	eosino 1
He 4.000.000	leuco	9.000		linfo 46
Hb 11,4				mono 2
Ht 35				bastão 3
				segm. 48

Reação de Widal: negativa

Em 13/10, a paciente continuava com picos febris. Apresentava reação de parede abdominal, em FID.

Foram solicitados:

- Rx abdome (normal)
- Hemograma
- Contagem Sedimentar de Almeida

Em 17/10, foi o último dia de uso da Garamicina.

Em 18/10:

Reação de Widal: negativa

Contagem Sedimentar de Almeida:

Volume: 90 ml	Sedimento	}	eritro 1.500
Densidade: 1000			leuco 2.500
pH: 5			cels epit. 500
Proteínas: negativa			cilindros 0
			bactérias ++

A paciente continuava afebril. Foi solicitado parasitológico de fezes.

Teve alta no dia 20/10/76, afebril, sem edemas.

\* Diagnóstico de alta: Infeção Urinária.

#### 4. Discussão:

Os casos acima relatados serão por nós analisados retrospectivamente em termos de orientação diagnóstica e terapêutica. O diagnóstico deve se basear primordialmente em anamnese e exame físico meticolosos, iniciais e evolutivos, não se medicando sintomas ou dados laboratoriais isolados

em detrimento de uma visão total de cada caso em particular. Dados anamnésicos importantes, tais como epidemiologia local, uso anterior de drogas, não foram convenientemente investigados.

Como em outros síndromes, achamos correta a adoção de certa rotina laboratorial diagnóstica - sempre adaptável a cada caso.

Uma vez estabelecido o diagnóstico inicial de Síndrome Infecciosa (baseado em história e exame físico), administraram-se precocemente antibióticos, sem que fosse feita a coleta de material para exames complementares mais específicos, tais como hemocultura, urinocultura, coprocultura.

Acreditamos também, não terem sido corretos os critérios de mudança de antibiótico no primeiro caso, quando diagnosticou-se Moléstia Reumática ativa. Parece-nos, analisando a história e evolução anterior, tratar-se somente de uma estreptococcia.

Baseados na literatura pesquisada, consideramos que na pesquisa de Febre Tifóide, se deva dar valor, além de dados clínicos e hemograma, ao título quantitativo inicial e evolutivo de anticorpos para Salmonella e não apenas a um exame qualitativo.

##### 5. Conclusões e Sugestões:

- 1) Dar importância à anamnese, exame físico e evolução para o correto diagnóstico e orientação terapêutica.
- 2) Considerar globalmente o paciente.
- 3) Estabelecer uma rotina laboratorial quando o sintoma principal for febre, que não seja fixa, mas adaptável a cada caso específico.

- (1) CAUSAS DE ...  
Aloysio Amâncio  
Rio de Janeiro - Atheneu - 1968
- (2) CURRENT MEDICAL DIAGNOSIS & TREATMENT  
Marcus A. Krupp, Milton J. Chatton  
Los Altos, Califórnia - Lange Medical Publication-1976
- (3) DIFFERENTIAL DIAGNOSIS  
A. Mc Geher Harvey, James Bordley III  
Philadelphia - W. B. Saunders Company - 1970
- (4) JORNAL BRASILEIRO DE MEDICINA  
Edição especial: URGÊNCIAS PEDIÁTRICAS
- (5) MANUAL DE FISIOPATOLOGIA CLÍNICA  
Fernando Bevilacqua, Edy Bensonssan, José Manoel  
Jansen da Silva, Fernando Spínola, Castro Leo Punto  
Carvalhães  
Rio de Janeiro - Atheneu - 1974
- (6) MEDICINA INTERNA - PRÍNCÍPIOS E PRÁTICA  
A. Mc Geher Harvey, Richard J. Johns, Albert H.Owens,  
Richard S. Ross  
Rio de Janeiro - Editora Guanabara Koogan S.A.- 1975
- (7) TEMAS DE GINECOLOGIA, OBSTETRÍCIA, NEONATOLOGIA E PEDIATRIA  
Florianópolis - volume nº 1, - setembro de 1974

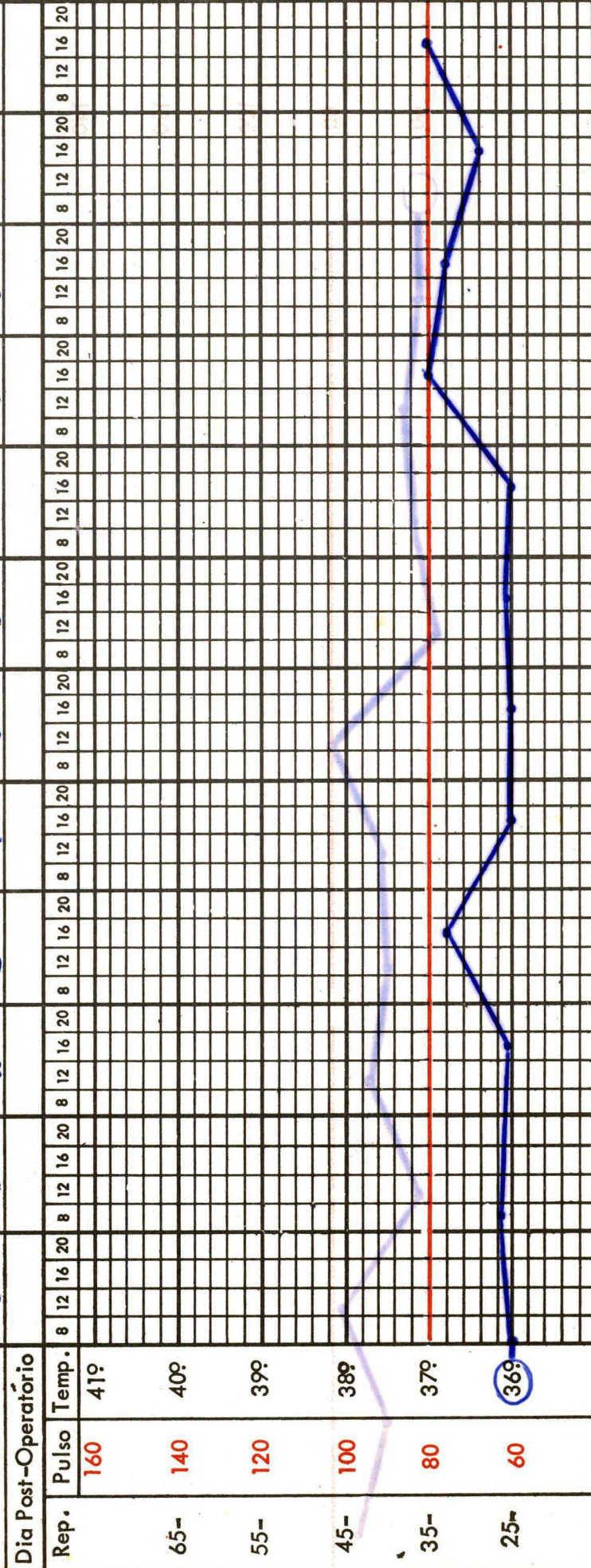
SECRETARIA DA SAÚDE / FUNDAÇÃO HOSPITALAR DE SANTA CATARINA  
UNIDADE

CONTROLE DE ROTINA

Nome: **MARLI MARIA DA COSTA** Quarto/Leito: Registro: **44295**

Idade: **7 ANOS** Categoria: **FUNERAL** Tipo Sanguineo: Fator RH'

Dia do Mês	07/10/76	08/10/76	09/10/76	10/10/76	11/10/76	12/10/76	13/10/76	14/10/76	15/10/76	16/10/76	17/10/76	18/10/76
Dia de Hospital.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11



PRESSÃO ARTERIAL

Peso	
Urina	
Vômitos	
Fezes	

SECRETARIA DA SAÚDE / FUNDAÇÃO HOSPITALAR DE SANTA CATARINA  
UNIDADE

**CONTROLE DE ROTINA**

Nome: **MARLI MARIA DA COSTA** Quarto/Leito: **44295** Registro: **44295**

Idade: **7 ANOS** Categoria: **FURURAL** Tipo Sanguíneo: **Fator RH'**

Dia do Mês	8	12	16	20	8	12	16	20	8	12	16	20	8	12	16	20	8	12	16	20	8	12	16	20	8	12	16	20	8	12	16	20								
Dia de Hospital.	<b>31/10/76</b>				<b>01/11/76</b>				<b>02/11/76</b>				<b>03/11/76</b>																											
Dia Post-Operatório	<b>24</b>				<b>25</b>				<b>26</b>				<b>27</b>																											
Temp.																																								
Pulso	160				140				120				100				80				60																			
Rep.	65-				55-				45-				35-				25-																							

PRESSÃO ARTERIAL																																	
Peso																																	
Urina																																	
Vômitos																																	
Fezes																																	

SECRETARIA DA SAÚDE / FUNDAÇÃO HOSPITALAR DE SANTA CATARINA  
UNIDADE

CONTROLE DE ROTINA

Nome: **MARIA BEATRIZ VIEIRA DE SOUZA** Quarto/Leito:

Registro: **44187**

Idade: **5 ANOS**

Categoria: **IRPS**

Tipo Sanguíneo:

Fator RH'

Dia do Mês	30/09/76			01/10/76			02/10/76			03/10/76			04/10/76			05/10/76			06/10/76			07/10/76			08/10/76			09/10/76			10/10/76			11/10/76		
	8	12	16	20	8	12	16	20	8	12	16	20	8	12	16	20	8	12	16	20	8	12	16	20	8	12	16	20	8	12	16	20	8	12		
Dia de Hospital.	0			1			2			3			4			5			6			7			8			9			10			11		
Dia Post-Operatório																																				
Rep.	Temp.			41º			40º			39º			38º			37º			36º																	
65-	160			140			120			100			80			60																				
55-																																				
45-																																				
35-																																				
25-																																				

PRESSÃO ARTERIAL

Peso	
Urina	
Vômitos	
Fezes	

**TCC  
UFSC  
PE  
0074**

**N.Cham. TCC UFSC PE 0074**

**Autor: Rebelo, Márcia**

**Título: Febre - qual o diagnóstico?.**



972801646

Ac. 253722

**Ex.1**

Ex.1 UFSC BSCCSM