



## FORMULÁRIO DE TRIAGEM EM SAÚDE - COVID-19 - PARA PARTICIPAÇÃO EM ATIVIDADES PRESENCIAIS

Nome do Associado: \_\_\_\_\_

Você fez teste para COVID-19 (PCR do cotonete no nariz ou de sangue)?

( ) Sim ( ) Não

Você foi diagnosticado com COVID-19?

( ) Sim ( ) Não | Quando: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Você foi liberado pelo médico?

( ) Sim ( ) Não

Alguém próximo (familiar, colega, amigo) foi diagnosticado com COVID-19?

( ) Sim ( ) Não

Você ou alguma pessoa com quem convive esteve viajando durante os últimos 14 dias?

( ) Sim ( ) Não

Você ou alguma pessoa com quem convive esteve com pessoa sintomática de doença viral (coriza, dor de cabeça, dor de garganta, tosse, febre) nos últimos 14 dias?

( ) Sim ( ) Não

Você possui algum tipo de doença crônica como pressão alta, diabetes, asma, enfisema, doença cardíaca), ou qualquer outra doença atualmente?

( ) Sim ( ) Não | Quais:

\_\_\_\_\_

Você ou alguma pessoa com quem convive teve sintomas como febre, coriza, dor de cabeça, dores no corpo, dificuldades de respiração, diarreia ou qualquer outro sintoma de doença viral nos últimos 14 dias?

( ) Sim ( ) Não

Assinale na lista abaixo aquele(s) sintoma(s) que eventualmente você tenha sentido nos últimos 14 dias:

( ) Febre (37,8°C ou mais)

( ) Tosse seca

( ) Dor muscular (dores pelo corpo)

( ) Cansaço ou fadiga anormal

( ) Falta de ar

( ) Dor de garganta

( ) Dor abdominal (dor de barriga)

( ) Diarreia

( ) Náuseas e/ou vômitos

( ) Perda de olfato (não consegue sentir cheiro)

( ) Perda de paladar (não consegue sentir gosto)

( ) Congestão nasal (nariz entupido)

( ) Coriza (secreção pelo nariz)

( ) Formigamento ou diminuição de força nas mãos ou nos pés

( ) Confusão mental ou desorientação

( ) Dor de cabeça

( ) **Não tenho nenhum destes sintomas**

Assinatura do responsável: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_