

Inquérito Epidemiológico

Nome _____ Idade _____

Cargo _____ Empresa _____

1 - Tem tosse?

sim

não

2 - Tem febre?* 37°

sim - Quanto? _____

não

3 - Tem falta de ar?

sim

não

4 - Tem dor de cabeça?

sim

não

5 - Tem dor nas articulações?

sim

não

6 - Tem dor/irritação da garganta?

sim

não

7 - Está com fraqueza anormal?

sim

não

8 - Tem dor secreção nasal/espirros?

sim

não

9 - Tem dores no corpo/miagia?

sim

não

10 - Tem diarreia?

sim

não

11 - Tem alteração do olfato? Teste do nervo Olfatório I Par craniano

Resposta duvidosa, teste com substância não irritante a cerca 5 cm de cada narina

sim

não

12 - Esteve em contato nos últimos 14 dias com um caso diagnosticado com COVID-19?

sim

não

Observações

Itens 1, 2 e 11 - Com respostas afirmativas simultaneamente > Altamente sugestiva de COVID-19

Ação: Avaliação clínica e RT-PCR

Itens 1 ou 2 ou 3 ou 11 - Com respostas afirmativas isoladamente

Ação: Avaliação clínica. Realização de exames devem ser fortemente considerados.

Demais itens com respostas afirmativas isoladas

Ação: Acompanhamento médico

Mais de uma resposta afirmativa concomitante

Ação: Considerar realização de exames

Data do exame ____/____/____

Médico Responsável _____

Assinatura do funcionário _____