

Questionário de Abordagem em Barreiras Sanitárias para Vigilância da covid-19

1- Data de ingresso: ____/____/____

2- Terra Indígena/Local: _____

3- Nome: _____

4- Local de origem: _____

5- Local de destino: _____

6- Raça/cor () Indígena () Não indígena

7- Idade: _____ anos

8- Sexo: () Masculino () Feminino

Temperatura: _____ °C

9- Apresenta ou apresentou algum dos sintomas abaixo nos últimos 14 dias? (Assinale com um "X")

Sintoma	SIM	NÃO
Febre		
Tosse		
Nariz escorrendo (coriza)		
Dor de garganta		
Perda de olfato (não sente cheiro)		
Dificuldade de respirar		
Dor muscular (mialgia)		
Calafrios		
Tosse		
Perda do paladar (sabor)		

10 - Qual a data do início dos sintomas? ____/____/____ (dd/mm/aaaa)

11- Número de dias transcorrido do início dos sintomas: ____ dias

12- Teve contato com caso confirmado para covid-19 nos últimos 14 dias?

() Não () Sim

Se sim:

12.1- Qual a data em que ocorreu o contato: ____/____/____ (dd/mm/aaaa)

12.2- Especificar o local de contato:

() Estabelecimento de saúde

() Domicílio

() Local de trabalho

() Desconhecido

() Transporte (carro, ônibus, barco, etc)

() Restaurante/ bar

() Parque, locais públicos ou outros lugares abertos

() Outro. Qual? _____

12.3 Estava usando máscara no período do contato: () Sim () Não

13- Nome do responsável pelo preenchimento: _____

14- Assinatura do responsável pelo preenchimento: _____