

QUESTIONÁRIO TESTAGEM

NOME: _____ IDADE: _____

CPF: _____ DATA DE NASCIMENTO: _____

EMPRESA: _____

FUNÇÃO: _____ TEL: _____

1) Você apresentou alguns dos sinais ou sintomas abaixo recentemente (nos últimos 14 dias?)

() Febre () Dor no corpo () Dor de garganta

() Tosse () Coriza () Falta de ar

2) Você apresentou alguns dos sinais ou sintomas abaixo nos últimos 60 dias?

() Febre () Dor no corpo () Dor de garganta

() Tosse () Coriza () Falta de ar

3) Você teve contato nos últimos 14 dias com alguém que teve COVID-19?

() SIM () NÃO

4) Condições: (Marcar X)

() Doenças respiratórias crônicas descompensadas

() Diabetes () Obesidade

() Doenças renais crônicas em estágio avançado (graus 3, 4 e 5) () Imunossupressão

() Portador de doenças cromossômicas ou estado de fragilidade imunológica

() Gestante () Doenças cardíacas crônicas () Puérpera (até 45 dias do parto)

RESULTADO DOS TESTES DE CORONAVÍRUS

AG	IgG:	PROTEÍNA S
() POSITIVO () NEGATIVO	() POSITIVO () NEGATIVO	() POSITIVO () NEGATIVO
IgM:	TEMPERATURA CORPORAL	observações
() POSITIVO () NEGATIVO		

Data: _____ Assinatura do paciente: _____

Profissional responsável pela coleta: _____