**APÊNDICE C**

## QUESTIONÁRIO DE TRIAGEM PARA COVID-19

|  |  |
| --- | --- |
| Nome do Participante: |   |
| Data de Nascimento: |  / /  | Celular: | ( )  |
| e-mail |   |
| Evento: |   |
| Local: |   | Data: |  / /  |

### **SEÇÃO 1 – TEMPERATURA**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Temperatura > 37,8ºC | SIM |   | NÃO |   | Temperatura Medida/ real: |   | ºC |

### **SEÇÃO 2. Você apresenta algum dos sintomas abaixo?**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Tosse de início recente / recente (não relacionada a alergia ou doença pulmonar) | SIM |   | NÃO |   |
| Congestão nasal recente / nova (não relacionada a alergias ou infecção sinusal) | SIM |   | NÃO |   |
| Dor de garganta recente / novo | SIM |   | NÃO |   |
| Falta de ar de início recente / novo (não relacionado a doenças crônicas) | SIM |   | NÃO |   |
| Diarreia de início recente / recente | SIM |   | NÃO |   |
| Dor abdominal de início recente / novo | SIM |   | NÃO |   |
| Náuseas / vômitos de início recente / novo | SIM |   | NÃO |   |
| Fadiga / Mal-estar de início recente / novo | SIM |   | NÃO |   |
| Início recente / novo de perda de sabor / cheiro | SIM |   | NÃO |   |

### **SEÇÃO 3. Exposição**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Você está morando com alguém que está em quarentena? | SIM |   | NÃO |   |
| Você já entrou em contato com um indivíduo positivo para COVID-19? | SIM |   | NÃO |   |
| Até onde você tem conhecimento, você foi exposto a alguém com teste positivo para COVID-19 ou que apresenta sintomas compatíveis com COVID-19? | SIM |   | NÃO |   |
| Você testou positivo para Covid-19? | SIM |   | NÃO |   |
| Se você testou positivo para Covid-19, você superou a infecção? | SIM |   | NÃO |   |
| Se você testou positivo para Covid-19, forneça a data do resultado positivo do teste. |  / /  |

Assinatura do Participante:

Assinatura do responsável, se participante menor de idade:

Data: / /