

**Questionário de Avaliação de Risco – Coronavírus- COVID-19**

**Para: Funcionários, Contratados, Clientes e Visitantes**

O Objetivo deste Questionário é a identificação precoce dos indivíduos que possam ter sido expostos ao Vírus e estar preparado se algum Colaborador, visitante, contratado ou cliente adoecer por conta da contaminação do Vírus Sars-Cov -2 (covid-19).

NOME:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

MATRÍCULA/EMPRESA:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

EMBARCAÇÃO (PROJETO):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **TEMPERATURA (ºC)**

TELEFONE PARA CONTATO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**AVALIAÇÃO CLÍNICA (ANAMNESE)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| SINTOMAS | SIM | NÃO |
| FEBRE ACIMA DE 37.5ºC |   |   |
| CEFALÉIA |   |   |
| TOSSE SECA PERSISTENTE |   |   |
| DOR NA GARGANTA |   |   |
| DISPNÉIA (FALTA DE AR) |   |   |
| MIALGIA(DOR MUSCULAR) |   |   |
| FADIGA |   |   |
| DIARRÉIA |   |   |
| ALGIA ABDOMINAL(DOR) |   |   |
| DISGEUSIA(PERDA DE PALADAR) |   |   |
| ANOSTOMIA(PERDA DE OLFATO) |   |   |

ASSINATURA E CARIMBO DO ENFERMEIRO**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**DATA:\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**