



**FICHA PARA IDENTIFICAÇÃO DE CASOS SUSPEITOS DA COVID 19**

**SINAIS E SINTOMAS REFERIDOS\***

**Exceto pela aferição da Temperatura por termômetro os demais dados deverão ser preenchidos a cada 48 horas pelo próprio funcionário ou em caso de analfabetismo ou analfabeto funcional por preposto designado para tanto.**

**NOME DA EMPRESA:** \_\_\_\_\_ **CNPJ:** \_\_\_\_\_

Data de realização do rastreio: \_\_\_\_/\_\_\_\_/2020

**NOME DO PACIENTE:** \_\_\_\_\_

**DATA DE NASCIMENTO:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **IDADE:** \_\_\_\_\_(anos)

**ENDEREÇO COMPLETO COM REFERÊNCIAS:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**TELEFONE DE CONTATO FIXO E CELULAR:** \_\_\_\_\_

CONTATO COM CASO SUSPEITO/POSITIVO? ( ) SIM ( ) NÃO

CONTATO COM ALGUÉM GRIPADO/RESFRIADO? ( ) SIM ( ) NÃO

VIAGEM NACIONAL OU INTERNACIONAL? ( ) SIM ( ) NÃO

**COMORBIDADES (PORTADOR DE ALGUMA DESSAS DOENÇAS):**

( ) DIABETES MELLITUS ( ) HIPERTENSÃO ARTERIAL

( ) CÂNCER ( ) DOENÇAS AUTO-IMUNES

( ) OUTRAS DOENÇAS INFECCIOSAS CONCORRENTES

( ) DOENÇA RENAL CRÔNICA

( ) DOENÇA ARTERIAL CORONARIANA

( ) DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA

( ) OUTRAS PATOLOGIAS (CITAR)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



SINAIS E SINTOMAS E CRONOLOGIA:

TEMPERATURA DIGITAL: \_\_\_\_\_ ° Celsius

(  ) CONGESTÃO NASAL/CORIZA ( CATARRO NO NARIZ OU NARIZ ENTUPIDO) Desde  
\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

(  ) TOSSE Desde \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

(  ) DISPNEIA (FALTA DE AR) Desde \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (  ) Mantida durante todo o período

(  ) eventual

(  ) OUTROS SINAIS E SINTOMAS Descreva:

---

---

---

---

---

---

---

---

NOME DO AVALIADOR (CPF \_\_\_\_\_.\_\_\_\_.\_\_\_\_-\_\_\_\_)

DATA \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ HORÁRIO DA AVALIAÇÃO \_\_\_\_: \_\_\_\_ h

ASSINATURA DO AVALIADOR OU PREPOSTO: \_\_\_\_\_

ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO: \_\_\_\_\_

RECEBIDO NA DVE EM: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

SERVIDOR (nome completo e setor): \_\_\_\_\_

ASSINATURA: