

Questionário de Avaliação do Risco e Detecção Precoce

Data: ___/___/___

Nome: _____		
Morada: _____		Concelho: _____
Contato telef.: _____		E-mail: _____
Data de nascimento: ___/___/___ N.º Cartão de utente: _____		
DADOS EPIDEMIOLÓGICOS		RESPOSTA
História de viagem ou residência em áreas com casos confirmados de COVID-19, nos últimos 14 dias.		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Contacto com caso confirmado ou provável de infeção por SARS-CoV-2 ou COVID-19, nos últimos 14 dias.		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
DADOS CLÍNICOS		
Tosse OU Febre OU Dificuldade respiratória		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Teste para COVID-19 , nas últimas 72 horas. Tipo de teste: _____ Data do Teste: ___/___/___ Resultado: _____ Instituição em que foi realizado _____		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Data de início dos sintomas		___/___/___

Atenção:

Todas as pessoas que desenvolvam um quadro respiratório agudo de tosse (persistente ou agravamento de tosse habitual) ou febre (temperatura $\geq 38^{\circ}\text{C}$) ou dispneia/dificuldade respiratória devem ser identificados como caso suspeito de COVID-19.

Deve ser isolado imediatamente e ativada a resposta prevista no âmbito do plano de contingência da instituição em que se encontra (Linha SRS24 – 800 24 24 20).

Obrigado pela Colaboração!