



**PREFEITURA MUNICIPAL DE LARANJA DA TERRA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
**VIGILANCIA EM SAÚDE**

**QUESTIONÁRIO INDIVIDUAL PARA APLICAÇÃO DIÁRIA**  
**CASOS SUSPEITOS COVID-19**

**PACIENTE:** \_\_\_\_\_

**CNS** \_\_\_\_\_ **DATA DE APLICAÇÃO:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**PERÍODO DE COLETA:** \_\_\_\_\_

**Foi possível aplicar o questionário? SIM ( ) NÃO ( )**

Se não foi possível identifique o motivo:

A pessoa não atendeu ( ) Houve recusa ( )

A chamada foi encaminhada para caixa postal ( )

O número de contato não existe ( ) Outro motivo ( )

Se o contato foi possível prossiga com o preenchimento do questionário.

**QUESTIONÁRIO**

**1. Como o (a) senhor (a) está se sentindo hoje? Possui algum sintoma?**

SIM ( ) NÃO ( )

**2. Qual desses sintomas o (a) senhor (a) está sentindo hoje?**

Febre ( ) Coriza ( ) Tosse ( ) Cefaleia ( )

Dificuldade respiratória ( ) Dor de Garganta ( )

Perda de olfato e/ou paladar ( )

**3. Está assintomático há quantos dias?**

Menos de três dias ( ) Mais de três dias ( )



**PREFEITURA MUNICIPAL DE LARANJA DA TERRA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
**VIGILANCIA EM SAÚDE**

**4. Está assintomático há quantos dias?**

1 a 7 dias ( ) 8 a 15 dias ( ) > de 15 dias ( )

**5. A partir do início dos sintomas utilizou ou utiliza o transporte público?**

SIM ( ) NÃO ( )

**6. Com qual frequência utilizou ou utiliza o transporte público?**

Diariamente ( ) Cada 2 dias ( ) Cada 4 dias ( )

Semanalmente ( ) Quinzenalmente ( )

**7. Está recebendo acompanhamento da equipe de saúde do município?**

SIM ( ) NÃO ( )

**8. Com qual frequência está recebendo acompanhamento?**

Diário ( ) Cada 2 dias ( ) Cada 3 dias ( ) Semanalmente ( )

**9. Há pessoas em seu domicílio com sintomas?**

SIM ( ) NÃO ( )

**10. Se sim, essas pessoas são consideradas caso:**

Confirmado ( ) Descartado ( ) Suspeito ( )

Excluído ( ) Não sabe informar ( )

**11. Quais as medidas de isolamento social que o (a) senhor (a) realiza?**

Evita Aglomerações ( ) Não abraça e/ou beija outras pessoas ( )

Não aperta a mão de outras pessoas ( )



**PREFEITURA MUNICIPAL DE LARANJA DA TERRA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
**VIGILANCIA EM SAÚDE**

Mantém distanciamento de pelo menos 1,5 metros ( )

Tem quarto separado do convívio com o restante da família ( )

Se alimenta sem sair do isolamento ( )

**12. Quais as medidas de proteção que o (a) senhor (a) realiza ?**

Higiene das mãos com água e sabão ( )      Usa máscara ( )

Usa álcool em gel 70% ( )      Lava as roupas com frequência ( )

Usa luva ( )      Higieniza quarto e banheiro com desinfetante ( )

**13. Ao transitar usou ou usa medidas de proteção (Máscaras, luvas, higienização das mãos)?**

SIM ( )

NÃO ( )