



FORMULÁRIO MÉDICO

| | | | |
|--|---|-------------------------|-----------------|
| Nome completo: | | | |
| Idade: | | | |
| Telefone: | e-mail: | | |
| CPF: | RG: | | |
| Plano Saúde: () sim () não | Qual: | | |
| Cobertura: () nacional () local | | | |
| Pessoa de contato para caso de acidente: | | | |
| Grau de parentesco: | Telefone: | | |
| Tipo sanguíneo: | Vacinado COVID-19: () sim () não | | |
| Fuma: () sim () não | Vacina antitetânica: () sim () não | | |
| Faz uso de medicamentos? () sim () não | Qual(s)? | | |
| Alérgico a algum medicamento: | Qual (s) | | |
| Tem comorbidades prévias? | | | |
| () Cardiopatias graves ou descompensadas* | () Hipertensão arterial | | |
| () Pneumopatias graves ou descompensadas | () Doenças cromossômicas com fragilidade imunológica | | |
| () Imunodepressão | () Doença hepática* | | |
| () Doenças renais* | () Obesidade (IMC > = 40) | | |
| () Diabetes | () Gastrite ou úlceras | | |
| () Glaucoma | () asma | | |
| () Depressão | | | |
| () Tuberculose | | | |
| *Em caso positivo, especificar a doença: | | | |
| Sentiu ou sente algum(uns) dos sintoma(s) relatados abaixo? | | | |
| Febre | Sim () Não () | Dores no corpo | Sim () Não () |
| Tosse | Sim () Não () | Dificuldade de respirar | Sim () Não () |
| Coriza | Sim () Não () | Dor de garganta | Sim () Não () |
| Diarreia | Sim () Não () | Dor de cabeça | Sim () Não () |
| Cansaço | Sim () Não () | Perda de olfato | Sim () Não () |



Fraqueza Sim () Não () Perda de paladar Sim () Não ()

Em caso positivo, quando começaram os sintomas?

Possui outros sintomas? Quais?

Exposição

Teve contato próximo com pessoa que seja caso suspeito, provável ou confirmado, de *COVID-19*? Sim () Não () Não Sabe ()

Em caso positivo, quando foi?

Já foi diagnosticado com *COVID-19*? Sim () Não () Não Sabe ()

Em caso positivo, quando foi?

Declaro que, caso venha a sentir, qualquer sintoma relativo à *COVID-19*, suspenderei, **imediatamente**, minhas atividades no laboratório e comunicarei a situação ao Coordenador(a) responsável para providências cabíveis.

Observações e/ou comentários:

Local, data

(assinatura)