

## COVID-19 - Formulário de Anamnese

Nome do Paciente: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

### VERIFICAÇÃO PRÉ CONSULTA

### VISITA NO CONSULTÓRIO ( ) SIM ( ) NÃO

#### 1 - Você foi diagnosticado com COVID-19, ou você suspeita que já teve ou tem COVID-19?

( ) SIM ( ) NÃO

*(se a resposta foi não, pule para a pergunta 5)*

#### 2 - Se a resposta foi sim, quando e onde você confirmou positivo

- ( ) Eu suspeito que tive.
- ( ) Eu testei positivo no teste de coleta nasal.
- ( ) Eu testei positivo no teste sanguíneo.
- ( ) Eu testei positivo no teste de saliva.
- ( ) Estou tendo sintomas atualmente e estou aguardando um teste.

#### 3 - Se você teve COVID-19, como você confirmou que não está mais doente?

- ( ) Eu fui diagnosticado negativo por um teste de coleta nasal.  
Quantas vezes? \_\_\_\_ Quanto tempo depois? \_\_\_\_
- ( ) Eu apresentei anticorpos para o COVID-19 em um teste sanguíneo.
- ( ) Meu médico falou que eu não tenho mais a doença, pois parei de apresentar sintomas.
- ( ) Eu não tenho nenhum dos sintomas, então não tenho mais a doença.

#### 4 - Se você teve COVID-19, quando você confirmou negativo?

( ) 24 horas atrás ( ) Hoje ( ) 10 dias após o teste

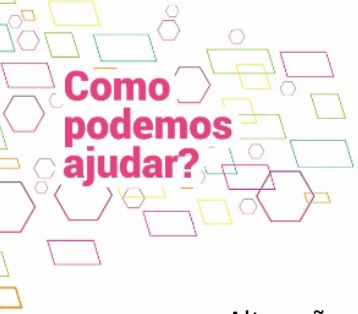
#### 5 - Você tem atualmente, ou apresentou nos últimos 21 dias, algum desses sintomas?

Febre ( ) SIM ( ) NÃO

Se apresentou febre, quanto você mediu? \_\_\_\_\_

Fadiga (sensação de cansaço) ( ) SIM ( ) NÃO





- Alteração ou perda de olfato/paladar ( ) SIM ( ) NÃO
- Tosse seca ( ) SIM ( ) NÃO
- Problemas respiratórios ( ) SIM ( ) NÃO
- Falta de ar ou aperto no peito ( ) SIM ( ) NÃO
- Tontura ( ) SIM ( ) NÃO
- Lábio ou rosto azulado ( ) SIM ( ) NÃO
- Calafrios ( ) SIM ( ) NÃO
- Dor muscular ( ) SIM ( ) NÃO
- Dor de cabeça ou de garganta ( ) SIM ( ) NÃO
- Algum outro sintoma de gripe ( ) SIM ( ) NÃO
- Qual? \_\_\_\_\_
- Dores intestinais ou diarreia ( ) SIM ( ) NÃO

**6 - Você tem contato com alguém que esteve doente ou confirmou positivo para o COVID-19?**

( ) SIM ( ) NÃO

**7 - Nos últimos 14 dias você viajou para alguma região afetada pelo COVID-19?**

( ) SIM ( ) NÃO

**Algumas condições médicas foram associadas com um maior risco de contrair o COVID-19.**

**As questões a seguir são uma tentativa de determinar o seu risco:**

- 8 - Você tem acima de 65 anos?** ( ) SIM ( ) NÃO
- 9 - Você tem pressão alta?** ( ) SIM ( ) NÃO
- Se você tem pressão alta, ela é controlada? ( ) SIM ( ) NÃO
- 10 - Você tem diabetes?** ( ) SIM ( ) NÃO
- 11 - Você está acima do peso?** ( ) SIM ( ) NÃO
- 12 - Você tem problemas respiratórios?** ( ) SIM ( ) NÃO
- 13 - Você tem alguma doença autoimune?** ( ) SIM ( ) NÃO
- 14 - Possui alguma outra condição que gostaria de listar?** ( ) SIM ( ) NÃO

