

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

NOME COMPLETO:		
DATA DE NASCIMENTO:	SEXO: () Masculino () Feminino	
CPF:	É estrangeiro? () NÃO () SIM: País de Origem: _____	
TESTE PARA VIAGEM? () NÃO () SIM: Passaporte no laudo: _____		
RAÇA/COR: () Branca () Parda () Preta () Amarela () Indígena, Etnia: _____ () Ignorado		
É membro de povo ou comunidade tradicional? () SIM: _____ () NÃO		
É Profissional da Saúde? () SIM () NÃO É Profissional de Segurança () SIM () NÃO	OCUPAÇÃO:	
NOME COMPLETO DA MÃE:		
ENDEREÇO COMPLETO:		
BAIRRO:	MUNICÍPIO/ESTADO:	CEP:
CELULAR: ()	E-MAIL:	

SINTOMAS:

Possui Sintomas? () NÃO () SIM: DATA APROXIMADA DO INÍCIO DOS SINTOMAS: ____/____/____			
() Falta de Ar	() Tosse	() Dor de Cabeça	() Outros:
() Febre	() Coriza	() Dor de Garganta	
() Distúrbios olfativos (Dificuldade de distinguir odores)		() Distúrbios gustativos (Dificuldade em sentir gostos)	

CONDIÇÕES: () SIM () NÃO

() Doenças respiratórias crônicas descompensadas (asma, rinite alérgica, bronquite, DPOC)	
() Doenças renais crônicas em estágio avançado (graus 3,4 e 5)	
() Portador de doenças cromossômicas ou estado de fragilidade imunológica	
() Doenças cardíacas crônicas (hipertensão, insuficiência cardíaca, arritmia cardíaca, cardiopatias, fibrilação atrial...)	
() Diabetes	() Imunossupressão
() Gestante	() Puérpera (até 45 dias do parto)

REALIZOU TESTE NOS ÚLTIMOS 7 DIAS? () SIM () NÃO Qual teste? _____ Resultado? _____

CONTATO COM PESSOA INFECTADA? () SIM () NÃO

Paciente menor de idade? () NÃO () SIM: Nome do responsável: _____

DATA DA COLETA:	ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:
-----------------	--

DATA DO TESTE:	ASSINATURA DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL:
RESULTADO: () POSITIVO () NEGATIVO	