**TERMO DE CONDIÇÕES DE SAÚDE**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nome completo:** | | | | |
| **Apresenta condições que aumentam o risco de doença grave e óbito pela COVID-19?**  ( ) Não ( ) Sim. Qual(is)? (assinale na lista abaixo) | | | | |
| ( ) Idade igual ou superior a 60 anos  ( ) Tabagismo  ( ) Obesidade  ( ) Miocardiopatias de diferentes etiologias (insuficiência cardíaca, miocardiopatia isquêmica etc.)  ( ) Hipertensão arterial  ( ) Doença cerebrovascular  ( ) Pneumopatias graves ou descompensadas (asma moderada/grave, DPOC)  ( ) Doenças hematológicas (incluindo anemia falciforme e talassemia) | | | ( ) Imunodepressão e imunossupressão  ( ) Doenças renais crônicas em estágio avançado (graus 3, 4 e 5)  ( ) Diabetes melito, conforme juízo clínico  ( ) Doenças cromossômicas com estado de fragilidade imunológica  ( ) Neoplasia maligna (exceto câncer não melanótico de pele)  ( ) Cirrose hepática  ( ) Gestação ou lactação | |
| **Nos últimos 15 dias, sentiu ou sente algum(uns) dos sintomas relatados abaixo?** | | | | |
| ( ) Febre  ( ) Tosse  ( ) Coriza | ( ) Diarreia  ( ) Cansaço  ( ) Fraqueza | ( ) Dores no corpo  ( ) Dificuldade de respirar  ( ) Dor de garganta | | ( ) Dor de cabeça  ( ) Perda de olfato  ( ) Perda de paladar |
| Em caso positivo, quando começaram os sintomas? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
| Possui outro(s) sintoma(s)? Quais? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
| **Nos últimos 15 dias, teve contato próximo com pessoa que seja caso suspeito, provável ou confirmado de *COVID-19*?** Sim ( ) Não ( ) | | | | |
| **Você foi vacinado contra a *COVID-19*?** ( ) Não ( ) Não porque possuo contraindicação médica | | | | |
| ( ) Sim. Quais doses? ( ) 1ª dose, ( ) 2ª dose, ( ) 3ª dose. | | | | |
| Declaro que, caso venha a sentir qualquer sintoma relativo à *COVID-19*, suspenderei **imediatamente** minhas atividades e comunicarei a situação ao(à) Coordenador(a) do Laboratório para as providências cabíveis. | | | | |
| Local, data  (assinatura) | | | | |