**CONDIÇÕES DE SAÚDE** **DO REQUISITANTE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nome completo:** | | |
| **Idade:** | | |
| **Tem comorbidades prévias? (consultar Protocolo de Atividades de Campo)** | | |
| ( ) Cardiopatias graves ou descompensadas  ( ) Doenças hematológicas  ( ) Pneumopatias graves ou descompensadas  ( ) Imunodepressão  ( ) Doenças renais crônicas  ( ) Diabetes insulinodependente | | ( ) Hipertensão arterial sistêmica resistente  ( ) Doenças cromossômicas com fragilidade imunológica  ( ) Doença hepática  ( ) Obesidade (IMC > = 40) |
| **Sentiu ou sente algum(uns) sintoma(s) relatados abaixo?** | | |
| Febre Sim ( ) Não ( )  Tosse Sim ( ) Não ( )  Coriza Sim ( ) Não ( )  Diarreia Sim ( ) Não ( )  Cansaço Sim ( ) Não ( )  Fraqueza Sim ( ) Não ( ) | Dores no corpo Sim ( ) Não ( )  Dificuldade de respirar Sim ( ) Não ( )  Dor de garganta Sim ( ) Não ( )  Dor de cabeça Sim ( ) Não ( )  Perda de olfato 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 campo e comunicarei a situação ao Coordenador(a) responsável para providências cabíveis. | | |
| Local, data  (assinatura) | | |