**QUESTIONÁRIO EPIDEMIOLÓGICO DIÁRIO**

Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/2020

**1. Você teve contato próximo com alguma pessoa testada positiva para COVID-19 nos últimos 14 dias?**

( ) Sim ( ) Não

**2. Você apresentou algum dos seguintes sintomas nas últimas 24 horas?**

**a. Febre (acima de 37,8ºC)**

( ) Sim ( ) Não

**b. Calafrios**

( ) Sim ( ) Não

**c. Falta de ar**

( ) Sim ( ) Não

**d. Tosse**

( ) Sim ( ) Não

**e. Dor de garganta**

( ) Sim ( ) Não

**f. Dor de cabeça**

( ) Sim ( ) Não

**g. Dor no corpo**

( ) Sim ( ) Não

**h. Perda de olfato e/ou paladar**

( ) Sim ( ) Não

**i. Diarreia (por motivo desconhecido)**

( ) Sim ( ) Não

**3. A sua temperatura ao chegar ao local de trabalho é superior a 37,8ºC?**

( ) Sim ( ) Não

Assinatura do funcionário: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Decisão do chefe imediato:**

( ) Autorizo a permanência no local de trabalho e o desempenho das atividades com o uso obrigatório de máscara.

( ) Não autorizo a permanência no local de trabalho, oriento a buscar a Unidade de Campanha do Sistema de Saúde para orientações sobre conduta e avaliação e manter isolamento domiciliar por 14 dias ou até o resultado do teste (se for realizado) que elimine a suspeita de infecção.

Assinatura do chefe imediato: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_