**FORMULÁRIO DE INVESTIGAÇÃO - COVID 19**

**DADOS DO SERVIDOR:**

**NOME:**

**MASP:**

**DATA DE NASCIMENTO:**

**IDADE:**

**ESTADO CIVIL:**

**ENDEREÇO:**

**BAIRRO:**

**CEP:**

**CIDADE:**

**TEL.:**

**INFORMAÇÕES PROFISSIONAIS:**

**UNIDADE:**

**SETOR:**

**CARGO:**

**ESCALA DE TRABALHO:**

**TRABALHA EM ÁREA COM ATENDIMENTO DIRETO A CASOS SUSPEITOS E/OU CONFIRMADOS DE COVID?**

[ ] NÃO

[ ] SIM:

**FAZ USO DE EPI?**

[ ] NÃO

[ ] SIM:

SE SIM, QUAL:

**PREENCHER CAMPOS 1 A 3 SOMENTE SE TRATAR-SE DE CARGO COM ASSISTÊNCIA DIRETA A PACIENTES:**

**1 - REALIZOU ALGUM TREINAMENTO DE ATENDIMENTO A CASOS SUSPEITO DE COVID NA UNIDADE?**

[ ] NÃO

[ ] SIM:

DATA DE REALIZAÇÃO

**2 - REALIZOU ALGUM TREINAMENTO DE UTILIZAÇÃO DE EPI?**

[ ] NÃO

[ ] SIM:

DATA DE REALIZAÇÃO

**3 - REALIZOU ALGUM TREINAMENTO DE PARAMENTAÇÃO E DESPARAMENTAÇÃO?**

[ ] NÃO

[ ] SIM:

DATA DE REALIZAÇÃO:

**TEVE CONTATO COM CASO SUSPEITO E/OU CONFIRMADO DE COVID-19 NO LOCAL DE TRABALHO?**

[ ] NÃO

[ ] SIM:

NÃO SABE INFORMAR:

SE SIM, ESPECIFIQUE:

**QUAIS CUIDADOS ESTÃO SENDO TOMADOS (MEDIDAS INDIVIDUAIS, ADMINISTRATIVAS E COLETIVAS) EM SUA UNIDADE EM RELAÇÃO AO ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA (P.EX: USO DE MÁSCARAS, DISTANCIAMENTO DE POSTOS DE TRABALHO, ORIENTAÇÕES SOBRE AFASTAMENTO ADMINISTRATIVO, ETC)?**

**POSSUI OUTRO VÍNCULO?**

[ ] NÃO

[ ] SIM:

SE SIM, QUAL O CARGO E LOCAL DE TRABALHO:

**ATIVIDADES REALIZADAS NO OUTRO VÍNCULO:**

**FORNECIDO EPI EM OUTRO VÍNCULO?**

[ ] NÃO

[ ] SIM:

SE SIM, QUAL:

**TEVE CONTATO COM CASO SUSPEITO E/OU CONFIRMADO DE COVID-19 NO OUTRO VÍNCULO?**

[ ] NÃO

[ ] SIM:

QUEM? QUAIS?

**EM QUE PERÍODO?**

[ ] ÚLTIMA SEMANA

[ ] ÚLTIMOS 15 DIAS

[ ] ÚLTIMO MÊS

[ ] OUTRO (ESPECIFICAR):

**INFORMAÇÕES PESSOAIS:**

**TEVE CONTATO DOMICILIAR (MORA NA MESMA CASA) OU PRÓXIMO COM SUSPEITO E/OU CONFIRMADO DE COVID-19**

[ ] NÃO

[ ] SIM

[ ] NÃO SABE INFORMAR

**TIPO DE CONTATO:**

[ ] FAMÍLIA

[ ] AMIGO

[ ] PROF. DE SAÚDE

[ ] OUTROS (ESPECIFICAR):

QUEM?

DATA DA CONFIRMAÇÃO:

**ESPECIFICAR COMO FOI O CONTATO PRÓXIMO EM CASO DE CONTATO NÃO DOMICILIAR:**

**EM QUE PERÍODO? (OU EM QUE DATA?)**

**LUGAR DE CONTATO:**

[ ] DOMICÍLIO

[ ] HOSPITAL

[ ] OUTROS (ESPECIFICAR):

**DATA QUE TEVE O 1º CONTATO:**

**DATA QUE TEVE O ÚLTIMO CONTATO:**

**ESTEVE AFASTADO DO TRABALHO NOS ÚLTIMOS 14 DIAS?**

[ ] NÃO

[ ] SIM

EM QUE PERÍODO?

**MOTIVO:**

[ ] FÉRIAS

[ ] HOME OFFICE

[ ] VIAGEM

[ ] LICENÇA MATERNIDADE

[ ] ATESTADO MÉDICO

**SE ATESTADO MÉDICO, QUAL MOTIVO?**

**FAZ USO DE TRANSPORTE PÚBLICO PARA DESLOCAR PARA O TRABALHO?**

[ ] NÃO

[ ] SIM

QUAIS:

**RELAÇÕES SOCIAIS: PARTICIPOU DE CONFRATERNIZAÇÕES, FESTAS, ALMOÇO COM A FAMÍLIA, ETC.?**

[ ] NÃO

[ ] SIM

EM QUE LOCAL E DATA?

**PRATICA ATIVIDADE FÍSICA?**

[ ] NÃO

[ ] SIM

**SE SIM, ONDE?**

[ ] CASA

[ ] ACADEMIA

[ ] PRÉDIO

[ ] RUA

[ ] OUTROS (ESPECIFICAR):

**INFORMAÇÕES DE LICENÇA MÉDICA (RELACIONADA AO EPISÓDIO SUSPEITO DE COVID-19)**

**PERÍODO DA LICENÇA:**

**LOCAL DO 1º ATENDIMENTO:**

**DATA DE INÍCIO DOS SINTOMAS**

**ESTEVE INTERNADO?:**

[ ] NÃO

[ ] SIM

**INSTITUIÇÃO:**

**PERÍODO DE INTERNAÇÃO:**

**SINTOMAS:**

[ ] FEBRE

[ ] DOR DE GARGANTA

[ ] CORIZA

[ ] TOSSE

[ ] FALTA DE AR

[ ] DOR MUSCULAR

[ ] DOR DE CABEÇA

[ ] DIMINUIÇÃO OU PERDA DO OLFATO

[ ] DIMINUIÇÃO OU PERDA DO PALADAR

[ ] OUTROS:

**EXAME PARA COVID-19: (ANEXAR)**

**RT-PCR**

DATA

RESULTADO

**TESTE RÁPIDO**

DATA

RESULTADO

**SOROLOGIA**

DATA

RESULTADO

NÃO REALIZADO

**TERMO DE RESPONSABILIDADE**

Declaro para todos os fins de direito, que as informações acima prestadas são verídicas. É de meu conhecimento que a prestação de informações falsas, constitui crime de falsificação de documento público, nos termos do art. 297 do Código Penal.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Local e Data

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome completo, MASP ou Matrícula do servidor.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome completo, MASP ou Matrícula da chefia imediata.

**ESTA DECLARAÇÃO DEVERÁ SER ASSINADA ELETRONICAMENTE PELA CHEFIA IMEDIATA E PELO SERVIDOR ACIDENTADO**