

**Identificação:**

1. Nome: \_\_\_\_\_  
2. Idade: \_\_\_\_\_ 3. Nome da mãe: \_\_\_\_\_  
4. Peso: \_\_\_\_\_ kg 5. Profissão: \_\_\_\_\_ 6. Vacina BCG: ( ) Sim ( ) Não  
7. Religião: \_\_\_\_\_ 8. Altura \_\_\_\_\_

**Sintomas:**

09. Febre: ( ) Sim ( ) Não  
10. Tontura: ( ) Sim ( ) Não  
11. Diarreia: ( ) Sim ( ) Não  
12. Perda de peso: ( ) Sim ( ) Não  
13. Cansaço: ( ) Sim ( ) Não  
14. Confusão mental: ( ) Sim ( ) Não  
15. Vômito: ( ) Sim ( ) Não  
16. Suor noturno: ( ) Sim ( ) Não  
17. Náusea: ( ) Sim ( ) Não  
18. Espirro: ( ) Sim ( ) Não  
19. Falta de ar: ( ) Sim ( ) Não  
20. Tosse: ( ) com catarro ( ) com sangue  
( ) seca ( ) não apresenta  
21. Coriza (nariz correndo): ( ) Sim ( ) Não  
22. Perda de olfato: ( ) total ( ) parcial ( ) não possui  
23. Dor de barriga: ( ) Sim ( ) Não nível: \_\_\_\_  
24. Dor de garganta: ( ) Sim ( ) Não nível: \_\_\_\_  
25. Dor no corpo: ( ) Sim ( ) Não nível: \_\_\_\_  
26. Dor de cabeça: ( ) Sim ( ) Não nível: \_\_\_\_  
27. Dor nos olhos: ( ) Sim ( ) Não nível: \_\_\_\_  
28. Dor no peito: ( ) Sim ( ) Não nível: \_\_\_\_  
29. Dor nas articulações: ( ) Sim ( ) Não nível: \_\_\_\_  
Em qual articulação? \_\_\_\_\_ ( ) Não possui

**Início dos Sintomas:**

30. ( ) 1 dia 35. ( ) 6 dias  
31. ( ) 2 dias 36. ( ) 1 semanas  
32. ( ) 3 dias 37. ( ) 2 semanas  
33. ( ) 4 dias 38. ( ) 3 semanas  
34. ( ) 5 dias 39. ( ) 4 semanas

**Guia – Níveis de dor**

- Sem dor: nível 0 Dor severa: 5 - 7  
Dor leve: 1 - 3 Dor muito severa: 7 - 9  
Dor moderada: 3 - 5 Pior dor possível: 9 - 10

**Há quanto tempo os sintomas aumentaram?**

40. ( ) 1 dia 45. ( ) 6 dias  
41. ( ) 2 dias 46. ( ) 7 dias  
42. ( ) 3 dias 47. ( ) 8 dias  
43. ( ) 4 dias 48. ( ) 9 dias  
44. ( ) 5 dias 49. ( ) não aumentaram

### Outras doenças que possui:

50. Asma: ( ) Sim ( ) Não
51. Desnutrição: ( ) Sim ( ) Não
52. Obesidade: ( ) Sim ( ) Não
53. Diabetes mellitus: ( ) Sim ( ) Não
54. Bronquite ( ) Sim ( ) Não
55. Doença renal: ( ) Sim ( ) Não
56. Hipertensão: ( ) Sim ( ) Não
57. Doença cerebrovascular: ( ) Sim ( ) Não
58. Tuberculose: ( ) Sim ( ) Não
59. Câncer: ( ) Sim ( ) Não
60. HIV: ( ) Sim ( ) Não
61. Gestação de alto risco: ( ) Sim ( ) Não
62. Outra doença: \_\_\_\_\_

### Faço uso de medicamento contínuo para:

63. Asma: ( ) Sim ( ) Não
64. Desnutrição: ( ) Sim ( ) Não
65. Obesidade: ( ) Sim ( ) Não
66. Diabetes mellitus: ( ) Sim ( ) Não
67. Bronquite ( ) Sim ( ) Não
68. Doença renal: ( ) Sim ( ) Não
69. Hipertensão: ( ) Sim ( ) Não
70. Doença cerebrovascular: ( ) Sim ( ) Não
71. Tuberculose: ( ) Sim ( ) Não
72. Câncer: ( ) Sim ( ) Não
73. HIV: ( ) Sim ( ) Não
74. Gestação de alto risco: ( ) Sim ( ) Não
75. Outra doença: \_\_\_\_\_

### Medicação

76. Usou medicamentos ao sentir sintomas?

( ) Sim ( ) Não

Quais?

77. ( ) Corticosteróides (hidrocortisona):

[anti-inflamatório]

78. ( ) Dipirona (novalgina): [dor e febre]

79. ( ) Paracetamol (Tylenol): [dor e febre]

80. ( ) Ibuprofeno (advil; buprovil, ibupril):  
[dor e febre]

81. ( ) Inalador

82. ( ) nebulizador (equipamento para toma  
remédios com o uso de vapor).

83. Outro: \_\_\_\_\_

### Pessoas com as quais teve contato em casa

84. ( ) Gestantes quantas? \_\_\_\_

85. ( ) Crianças quantas? \_\_\_\_

86. ( ) Adultos quantos? \_\_\_\_

87. ( ) Idosos quantos? \_\_\_\_

88. ( ) Não tive contato

### Pessoas com as quais teve contato

89. ( ) colegas de trabalho quantas? \_\_\_\_

90. ( ) pessoas no transporte público quantas? \_\_\_\_

91. ( ) Pessoas que viajaram quantas? \_\_\_\_

92. ( ) outras pessoas: \_\_\_\_\_ quantas? \_\_\_\_

93. Qual o local? \_\_\_\_\_

94. ( ) não tive contato

Preencha as linhas com os dados de identificação.

**Identificação**

Nome \_\_\_\_\_

Idade \_\_\_\_\_

Nome da mãe \_\_\_\_\_

Profissão \_\_\_\_\_

Peso \_\_\_\_\_

Altura \_\_\_\_\_

Religião \_\_\_\_\_

Vacina BCG \_\_\_\_\_

O que você está sentindo ou sentiu? Marque nos quadrados.

**Sintomas**

Febre, Tontura, Diarréia, Perda de peso, Cansaço, Confusão Mental, Vômito, Náusea

Espirro, Coriza, Perda do olfato, Total, Parcial, Suor noturno

Falta de ar, Tosse, Tosse com catarro, Tosse seca, Tosse com sangue

Dor na barriga, Dor no corpo, Dor nos olhos, Dor no peito, Dor de cabeça, Dor de garganta

Dor nas articulações

o que estou sentindo?

Pior dor possível 10  
Dor muito severa 9  
Dor severa 8  
Dor moderada 7  
Dor leve 6  
Sem dor 0

Quanto tempo faz que os sintomas começaram? Marque no quadrado.

**Início dos sintomas**

1 Um dia, 2 Dois dias, 3 Três dias, 4 Quatro dias, 5 Cinco dias

6 Seis dias, 1 Uma semana, 2 Duas semanas, 3 Três semanas, 4 Quatro semanas

Quanto tempo faz que os sintomas aumentaram? Marque no quadrado.









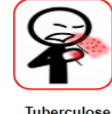



**Quando percebeu que os sintomas aumentaram? (Auto percepção dos sintomas)**

1 Um dia, 2 Dois dias, 3 Três dias, 4 Quatro dias

5 Cinco dias, 6 Seis dias, 7 Sete dias, 8 Oito dias, 9 Nove dias


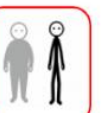









Marque os quadrados que mostram outras doenças que você possui.

Eu tenho outras doenças

 Asma	 Desnutrição	 Obesidade	 Diabetes mellitus	 Bronquite	 Doença renal
 Hipertensão	 Doença cerebrovascular	 Tuberculose	 Câncer	 HIV	 Gestação de alto risco

Marque os quadrados que mostram as doenças para as quais você toma remédios.





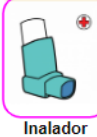

Faço uso contínuo de medicamento para:

 Asma	 Desnutrição	 Obesidade	 Diabetes mellitus	 Bronquite	 Doença renal
 Hipertensão	 Doença cerebrovascular	 Tuberculose	 Câncer	 HIV	 Gestação de alto risco

Você tomou algum remédio quando teve sintomas? Marque os quadrados com os remédios que tomou.

Medicação

Usou medicamentos ao sentir os sintomas?

 Corticosteróides	 Dinirona	 Paracetamol	 Ibuprofeno	 Inalador	 Nebulizador
<b>Hidrocortisona</b>	<b>Novalgina</b>	<b>Tylenol</b>	<b>Advil / ibupril</b>		

Com quais pessoas você teve contato? E com quantas pessoas? Marque nos quadrados.







Pessoas que teve contato em casa

Gestantes

Idosos

Crianças

Quantas pessoas

 uma pessoa	 quatro pessoas
 duas pessoas	 cinco pessoas
 três pessoas	 seis pessoas

Pessoas que teve contato







Colegas de trabalho

Pessoas no transporte público

Pessoas que viajam

Qual o local?

Quantas pessoas

 uma pessoa	 quatro pessoas
 duas pessoas	 cinco pessoas
 três pessoas	 seis pessoas