

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

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

Faço uso contínuo de medicamento para:

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

Medicação

Usou medicamentos ao sentir os sintomas?

Hidrocortisona	Novalgina	Tylenol	Advil / ibupril		

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