

**COLETA DE INFORMAÇÕES SOBRE SUSPEITA  
DE SERVIDOR INFECTADO COM COVID 19**

**1. Informações do servidor com suspeição de infecção**

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

Endereço: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_ Função: \_\_\_\_\_

Lotação: \_\_\_\_\_ Setor: \_\_\_\_\_

Último dia trabalhado: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ Houve afastamento por doença nos últimos 60 dias: ( ) Sim ( ) Não – Se sim qual o motivo: \_\_\_\_\_

1.1. Na lotação existe área específica para atendimento a paciente com COVID-19: ( ) Sim ( ) Não

1.2. O servidor atua no fast-track de identificação de COVID-19: ( ) Sim ( ) Não - Se sim qual etapa: \_\_\_\_\_

1.3. O setor onde trabalha o servidor recebeu paciente(s) positivado(s)? ( ) Sim ( ) Não – Se sim **a partir de qual data** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ e **quantos casos foram registrados nos últimos 30 dias antes** do aparecimento da sintomatologia do servidor \_\_\_\_\_.

1.4. Houve atuação direta com os possíveis pacientes com COVID-19? ( ) Sim ( ) Não - Se sim com **quantos pacientes com exame confirmado o servidor teve contato**: \_\_\_\_\_.

1.5. Quais são as **atividades de atuação direta** com o(s) pacientes infectados ou com material proveniente de pacientes infectado não previamente esterilizado: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (se necessário use o verso da folha ou outra folha)

1.6. O servidor utiliza quais EPI's na execução das atividades: \_\_\_\_\_ *Quais?* \_\_\_\_\_

1.7. O servidor conhece e foi treinado sobre os protocolos da SMS sobre COVID-19: ( ) Sim ( ) Não – Se sim quais protocolos e quando: \_\_\_\_\_

1.8. Possui outro vínculo empregatício? ( ) Sim ( ) Não – Se sim em qual empresa: \_\_\_\_\_

1.9. Funções no outro vínculo: \_\_\_\_\_

1.10. Teve contato com caso suspeito e/ou confirmado de COVID-19 no outro vínculo? ( ) Sim ( ) Não – **Se sim em quais períodos:** \_\_\_\_\_

1.10. Teve contato domiciliar ou próximo com suspeito e/ou confirmado de COVID-19? ( ) Sim ( ) Não – Se sim em quais **períodos** e grau de parentesco \_\_\_\_\_

Gerente do setor: \_\_\_\_\_ BM: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

## **2. Dados do afastamento**

2.1. Período do afastamento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

2.2. Local do 1º atendimento: \_\_\_\_\_

2.3. Data de início dos sintomas: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Esteve internado? ( ) Sim ( ) Não – Se sim onde: \_\_\_\_\_

Período de internação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

2.4. Exame para Covid-19 (**gentileza anexar a cópia do resultado do exame do servidor e dos familiares**):

( ) - RT-PCR - Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Resultado: \_\_\_\_\_

( ) - Teste Rápido - Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Resultado: \_\_\_\_\_

( ) - Sorologia - Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Resultado: \_\_\_\_\_

( ) - Não realizado.

Belo Horizonte, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Carimbo e assinatura do prestador das informações

**Observações: Caso a função do servidor não seja de assistência direta ao paciente é importante especificar com clareza em qual a atividade pressupõe o contato com paciente ou material infectado (ACS, ACE, Guarda Municipal, Assistentes Administrativos, Psicólogos, etc).**