

COLETA DE INFORMAÇÕES SOBRE SUSPEITA DE SERVIDOR INFECTADO NO LOCAL DE TRABALHO POR COVID 19

1. Informações do profissional:

Nome: _____

BM/Matrícula: _____

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.

1.3. O setor onde trabalha o servidor recebeu paciente(s) positivado(s)? () Sim () Não

Se sim, a partir de qual data __/__/__

1.4. Houve atuação direta com pacientes/municípios com COVID-19? () Sim () Não

Se sim quantos: _____.

1.5. Quais são as atividades de atuação direta com o(s) pacientes infectados ou com material proveniente de pacientes infectados 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: _____

1.7. O servidor conhece e foi treinado nos protocolos da SMSA sobre COVID-19: () Sim () Não.

1.8. Possui outro vínculo empregatício? () Sim () Não.

Se sim qual a função e empresa: _____

1.9. Teve contato com suspeito e/ou confirmado de COVID-19 no outro vínculo? () Sim () Não.

1.10. Teve contato domiciliar com suspeito e/ou confirmado de COVID-19? () Sim () Não.

Se sim em quais períodos e grau de parentesco _____

1.11. Profissional foi vacinado(a) contra Covid 19? () Sim () Não.

Se sim qual a vacina: _____

Quais as datas da vacinação? 1º dose: ____/____/____ 2º dose: ____/____/____

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 qual o local: _____

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 _____.

Assinatura do prestador das informações

Gerência imediata (assinatura e carimbo)

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).