**FORMULÁRIO SUSPEIÇÃO COVID-19**

1. Nome completo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Qual seu vínculo com o ILMD?

[ ] Servidor

[ ] Terceirizado

[ ] Bolsista

[ ] Discente

 [ ] Doutorado [ ] Mestrado | Ano de ingresso:\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 [ ] PPGVIDA [ ] PPGBIO [ ] DASPAM

[ ] Outro. Qual? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Local que exerce suas atividades? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. Data do Nascimento:  \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

5. Idade: \_\_

6. CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7. Endereço Completo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

8. Telefone: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

9. Você tem alguma comorbidade?

[ ] NÃO

[ ] SIM. Qual? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

10. Você tem alguma doença crônica?

[ ] NÃO

[ ] SIM. Qual? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

11. Status Vacinal

a. Vacinado (a) contra Covid-19? \_\_\_\_\_\_

i. Data da 1ª dose / qual vacina:

ii. Data da 2ª dose / qual vacina:

iii. Data da 3ª dose / qual vacina:

III. Data da 4ª dose / qual vacina:

b. Vacinado (a) contra Influenza? \_\_\_\_\_\_

  i. Data da vacina: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

**\*ANEXAR CÓPIA DA CARTEIRA DE VACINAÇÃO**

12. Você está com Sintomas?

[ ] SIM

[ ] NÃO

13. Se não, você teve contato com alguém com sintomas ou com diagnóstico positivo por mais de 30 minutos?

[ ] Contato com sintomático.

[ ] Contato com positivo. Neste caso qual foi o exame realizado?

14. Descreva a situação do contato (Exemplo: ocasional ou diária; divido sala no trabalho, moro com a pessoa, contato pontual em uma atividade/evento) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

15. Se teve sintomas, quais? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

16. Se teve sintomas, há quantos dias?   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

17. Teve contato por mais de 30 minutos com quais pessoas do ILMD/Fiocruz Amazônia ou em outro local a serviço do ILMD? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

18. Fez alguma viagem recente?

[ ] NÃO

[ ] SIM. Para onde?