



FORMULÁRIO – ATENDIMENTO

QUESTIONÁRIO DE TRIAGEM DE SUSPEITA DE COVID-19/SÍNDROME GRIPAL

Código: F.HEC.857

Versão: 01

Revisão: 20/12/2022

PACIENTE: _____

RG: _____

DATA: ____/____/____

OU ETIQUETA DO PACIENTE

1) Você apresentou um ou mais dos sintomas abaixo nos últimos 14 dias?

- () Febre (temperatura aferida ou percebida igual ou acima de 37,8°C)
() Tosse (seca ou com secreção) () Diarreia
() Congestionamento nasal () Perda de olfato
() Dor ou inflamação na garganta () Perda de paladar
() Dificuldade respiratória

2) Você teve contato com uma pessoa com suspeita ou com diagnóstico de COVID-19 nos últimos 14 dias?

- () Sim () Não

COLABORADOR RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO

Rua São José, 76 – Centro
Vitória - ES, CEP 29010-430
Telefones: (27) 3636-4700



GOVERNO DO ESTADO
DO ESPÍRITO SANTO
Secretaria da Saúde



FORMULÁRIO – ATENDIMENTO

QUESTIONÁRIO DE TRIAGEM DE SUSPEITA DE COVID-19/SÍNDROME GRIPAL

Código: F.HEC.857

Versão: 01

Revisão: 20/12/2022

PACIENTE: _____

RG: _____

DATA: ____/____/____

OU ETIQUETA DO PACIENTE

1) Você apresentou um ou mais dos sintomas abaixo nos últimos 14 dias?

- () Febre (temperatura aferida ou percebida igual ou acima de 37,8°C)
() Tosse (seca ou com secreção) () Diarreia
() Congestionamento nasal () Perda de olfato
() Dor ou inflamação na garganta () Perda de paladar
() Dificuldade respiratória

2) Você teve contato com uma pessoa com suspeita ou com diagnóstico de COVID-19 nos últimos 14 dias?

- () Sim () Não

COLABORADOR RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO

Rua São José, 76 – Centro
Vitória - ES, CEP 29010-430
Telefones: (27) 3636-4700



GOVERNO DO ESTADO
DO ESPÍRITO SANTO
Secretaria da Saúde

