

1	Data da coleta de amostra para exame: ____/____/____		2	Tipo de teste: (marcar X): <input type="checkbox"/> Sorologia - IGG/IGM <input type="checkbox"/> RT-PCR - molecular		
	3 Laboratório: _____			4	Data de 1ºs sintomas: ____/____/____	
Dados do Paciente	5 Nome: _____		6 CPF: ____/____/____-____		7 Sexo: <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.	
	8 Data de nascimento: ____/____/____		9 Idade: _____		10 Gestante? _____ Se sim, quantas semanas? _____	
	11 Raça/Cor: <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Indígena		12 Se indígena, qual etnia? _____		13 Nome da mãe: _____	
	14 Escolaridade: <input type="checkbox"/> Sem escolaridade/Analfabeto <input type="checkbox"/> Fundamental 1 (1ª a 5ª série) <input type="checkbox"/> Fundamental 2 (6ª a 9ª série) <input type="checkbox"/> Médio (1º ao 3º ano) <input type="checkbox"/> Superior		15 Ocupação: _____		16 Local de Trabalho: _____	
	17 Logradouro: _____		18 Nº: _____		19 Bairro: _____	
	20 Complemento: _____		21 Município: _____		22 UF: ____/____	
	23 CEP: ____/____/____-____		24 (DDD) Telefones: _____		25 Zona: <input type="checkbox"/> Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> Periurbana	
	Dados de residência	26 Sinais e Sintomas: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Calafrio <input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Dor de Garganta <input type="checkbox"/> Coriza <input type="checkbox"/> Espirros <input type="checkbox"/> Fadiga <input type="checkbox"/> Dor nos olhos <input type="checkbox"/> Dor no corpo <input type="checkbox"/> Dor de cabeça <input type="checkbox"/> Falta de ar <input type="checkbox"/> Desconforto Respiratório <input type="checkbox"/> Alteração no olfato <input type="checkbox"/> Alteração no paladar <input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Vômito <input type="checkbox"/> Outros _____		27 Possui fatores de risco/comorbidades? <input type="checkbox"/> S-Sim <input type="checkbox"/> N-Não Se sim, qual(is)? (Marcar X) <input type="checkbox"/> Hipertensão <input type="checkbox"/> Renal <input type="checkbox"/> Hepática <input type="checkbox"/> Diabetes <i>mellitus</i> <input type="checkbox"/> Pulmonar - qual? _____ <input type="checkbox"/> Cardiovascular <input type="checkbox"/> Neoplasia <input type="checkbox"/> Obesidade, IMC ____ <input type="checkbox"/> Gestante ou Puérpera (até 45 dias do parto) <input type="checkbox"/> Outros _____		
28 Recebeu vacina contra Gripe na última campanha? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		29 Data: ____/____/____				
30 Está usando algum medicamento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		31 Data início: ____/____/____				
32 Se sim, quais? _____		33 Nome das pessoas que residem no mesmo endereço: _____				
32 Se sim, quais? _____		33 Nome das pessoas que residem no mesmo endereço: _____				
32 Se sim, quais? _____		33 Nome das pessoas que residem no mesmo endereço: _____				
32 Se sim, quais? _____		33 Nome das pessoas que residem no mesmo endereço: _____				
Termo	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO					
	Eu, _____ declaro estar ciente que a equipe da Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá-MT poderá entrar em contato para complementar a investigação epidemiológica e monitorar a evolução do caso, bem como, fornecerei as informações necessárias dos contatos para que seja estabelecida as medidas de prevenção e controle. Cuiabá, ____/____/____ Assinatura: _____					