**APÊNDICE C**

**QUESTIONÁRIO: AUTOMONITORAMENTO DAS CONDIÇOES DE SAÚDE E SINTOMAS DE COVID-19**

Usuário:

RG no, CPF no, Matrícula/Siape no.

Data:Clique aqui para inserir uma data.

|  |  |
| --- | --- |
| 1) O(A) senhor(a) apresenta algum dos seguintes sintomas relacionados a COVID-19? | |
| page42image3751552Tosse | sim não |
| Febre igual ou maior que 37,8oC | sim não |
| Nariz escorrendo (coriza) | sim não |
| Dor de garganta | sim não |
| Dificuldade para respirar | sim não |
| Perda de olfato (anosmia) | sim não |
| Alteração de paladar (ageusia) | sim não |
| Distúrbios gatrointesntinais |  |
| Enjôo (náusea) | sim não |
| Vômitos | sim não |
| Diarréia | sim não |
| Cansaço (astenia) | sim não |
| Diminuição de apetite (hiporexia) | sim não |
| Falta de ar (dispnéia) | sim não |
| 2) Em caso positivo, em que dia começaram os sintomas? Clique ou toque aqui para inserir uma data. | |
| Declaro que **estou esclarecido que caso venha apresentar qualquer um dos sintomas citados anteriormente**, deverei procurar IMEDIATAMENTE atendimento médico na Unidade Básica de Saúde /SUS, pois quanto mais precoce o tratamento, maiores as chances de recuperação com sucesso.  Também estou ciente que na **presença de qualquer sintoma**, deverei parar de realizar qualquer atividade presencial na UFPB, me manter em isolamento por 14 dias, além de me comprometer a avisar imediatamente meu superior imediato (se servidor), meu orientador (se aluno de Pós-graduação), ou a coordenação de curso (se aluno de graduação) sobre meu estado de saúde.  João Pessoa,       de       de 20     .   |  |  | | --- | --- | |  |  | |  | **Assinatura** | | |