**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** |

 |