



TERMO DE INQUÉRITO EPIDEMIOLÓGICO

Questionário: composto por 12 questões objetivas acerca da saúde atual e sobre eventuais contatos de casos confirmados de COVI – 19.

Nervo Olfatório: será avaliado por 1 pergunta e se necessário, teste conforme descrito.

Todas as pessoas envolvidas nas partidas deverão responder ao questionário, assinando o Termo Epidemiológico, com esclarecimento de deveres e riscos.

Responder esse questionário 24 horas antes da partida e envia-lo por e-mail para:

df.registro@cbf.com.br ou ainda ser entregue para o Delegado da partida 1h30m antes do seu início.

Atletas Dirigentes Gandulas e Maqueiros Imprensa outros

Campeonato Candango 2021 - 1ª Divisão

Partida: _____, Data: __/__/_____.

Cidade: _____, Estado: _____.

Nome: _____.

CPF: _____, RG: _____.

1. Tem tosse?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
2. Tem febre?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
3. Tem falta de ar?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
4. Tem tosse / irritação na garganta?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
5. Tem dor de cabeça	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
6. Tem secreção nasal / espirros?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
7. Tem dores no corpo / mialgia?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
8. Tem dor nas articulações?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
9. Está com fraqueza anormal?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
10. Tem diarreia?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
11. Tem alterações do olfato? Teste do nervo olfatório I Par craniano Resposta duvidosa, teste com substancia não irritante a cerca de 5cm de cada marina.	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
12. Esteve em contato nos últimos 14 dias com um caso Diagnosticado com COVID – 19.	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO

- **Itens 1, 2 e 11 com respostas afirmativas simultaneamente** – atualmente sugestiva de COVID-19 (Avaliação clínica e RT – PCR).
- **Itens 1 ou 2 ou 3 ou 11 COM RESPOSTAS AFIRMATIVAS ISOLADAMENTE** – avaliação clínica (realização de exames deve ser fortemente considerada).

Demais itens com respostas afirmativas isoladas: Acompanhamento medico.

Mais de uma resposta afirmativa concomitante: considerar a realização de exames.

OBS: TODAS AS PESSOAS QUE ESTIVEREM DENTRO DO ESTÁDIO, DEVERAM OBRIGATORIAMENTE RESPONDER A ESTE QUESTIONÁRIO.

Medico
Carimbo

Responsável por responder o questionamento
NOME COMPLETO