



**FICHA DE ANAMNESE –  
COVID 19**

Nome completo do aluno (a):

\_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Sexo: ( ) Fem ( ) Masc

- Apresenta algum dos sintomas associados a COVID-19 (tosse, febre, odinofagia (dor ao engolir, anosmia( perda de olfato), cefaleia( dor de cabeça), mialgia (dor muscular), artralgia (dor nas juntas), ageusia (perda do paladar), falta de ar?

( ) sim ( ) não

- Apresentou anteriormente (em uma janela de tempo de 1 mês e/ou considerando o início dos casos da COVID-19 no Brasil), algum dos sintomas listados no item anterior?

( ) sim ( ) não

- Tem confirmação de diagnóstico para a COVID-19 por meio de exames laboratoriais prévios?

( ) sim ( ) não

Possui plano de saúde?

( ) sim ( ) não

- Alguém da sua família próxima teve ou tem COVID-19 por meio de exames laboratoriais prévios?

- É portador de alguma comorbidade considerada como fator de risco, no contexto da COVID-19?

( ) Não

( ) Diabetes

( ) Hipertensão arterial

( ) Asma ou outras pneumopatias

( ) Cardiopatias

Outro: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Convive diariamente com algum parente que se enquadra em algum grupo de risco, no contexto da COVID-19? \*

( ) Sim

( ) Não

- Tem internet estável (sem oscilações) e compatível com a realização de atividades remotas (videoconferências, chats virtuais, trabalhos, etc) de modo a substituir atividades presenciais? \*

( ) Sim

( ) Não

( ) Parcialmente

- Tem histórico de viagem para fora do Brasil nos últimos 14 dias?

( ) sim

( ) não

- Ciente de que ao adentrar e permanecer ao ambiente escolar todos devem estar usando máscara individual e obedecer aos protocolos do Covid-19.

( ) sim ( ) não

- Em caso de febre:

Ligar para o nº \_\_\_\_\_ e falar com \_\_\_\_\_

Medicação que usa para febre:

Quantidade (posologia): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Eu, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ me responsabilizo por todas informações acima.

Campos dos Goytacazes, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021.

\_\_\_\_\_ assinatura