

Questionário

ATLETA () COMISSÃO TÉCNICA () ARBITRAGEM ()

Campeonato:

Jogo:

Data:

Nome:

CPF: _____ RG: _____

- 1-** Tem tosse? () Sim () Não
- 2-** Tem febre: T 37,5° C () Sim () Não
- 3-** Tem falta de ar? () Sim () Não
- 4-** Tem dor/irritação da garganta? () Sim () Não
- 5-** Tem dor de cabeça? () Sim () Não
- 6-** Tem dor, secreção nasal/espirros () Sim () Não
- 7-** Tem dores no corpo/mialgia? () Sim () Não
- 8-** Tem dores nas articulações? () Sim () Não
- 9-** Está com fraqueza anormal? () Sim () Não
- 10-** Tem diarreia? () Sim () Não
- 11-** Tem alteração do olfato? () Sim () Não
- 12-** Esteve em contato nos últimos 14 dias
com caso diagnosticado com COVID-19? () Sim () Não

Assinatura: _____

CONDUTA:

| Resposta | Ação |
|---|---|
| Itens 1, 2 e 11 com respostas afirmativas simultaneamente (altamente sugestiva de COVID-19) | Avaliação clínica, realização de exames de RT-PCR |