

## 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