|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| [Resultado de imagem para LOGOTIPO PCDF](https://www.google.com.br/url?sa=i&rct=j&q=&esrc=s&source=images&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwil2sHGwf3hAhVKGLkGHQHrBzYQjRx6BAgBEAU&url=https://www.pcdf.df.gov.br/institucional&psig=AOvVaw3KQ6hC35_SLPEGAQq121TN&ust=1556909374720412) | | | **PROENP – PROGRAMA OCUPACIONALDE ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA COVID-19**  **FÓRMULÁRIO DE NOTIFICAÇÃO PARA TESTAGEM E MONITORAMENTO**  **Versão VII – 1º.06.2022** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | C:\Users\233819x\Downloads\MASCARA.jpg | |
| **IMPORTANTE: letra ilegível e dados incompletos ou com abreviação inviabilizará a realização, pois são exigidos por Lei para notificação à Vigilância Sanitária do data SUS** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Seu status: (  ) Policial Ativo (  ) Aposentado (  ) Terceirizado (  ) Convivente  Outros: Clique | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Matrícula  Clique | | | | |
| Nome legível (sem abreviações) de quem vai ser submetido a coleta:  Clique | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Cargo  Clique | | | | Lotação  Clique |
| Nome da mãe (sem abreviações)  Clique | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Data de nascimento  Clique | | | | | | Idade  Clique | | Gênero  Clique | | | Raça/cor  Escolher um item. | | CPF  Clique | | | | | | RG  Clique | | | | Órgão expedidor  Clique |
| Endereço  Clique | | | | | | | | | | | | | Bairro  Clique | | | | | | CEP  Clique | | | | UF  Clique |
| E-mail  Clique | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Celular com WhatsApp  Clique | | | | |
| SE você for CONVIVENTE, preencher este campo com o nome do servidor policial:  Clique | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **(1) Sintomas: informe data do início e final. Caso ainda apresente sintomas, escreva “persiste” na data final.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Sintoma** | | | | | | | **Data início** | | | | **Data final** | | **Sintoma** | | | | | | **Data inicial** | | | | **Data final** |
| Coriza | | | | | | | Clique | | | | Clique | | Febre acima de 37,8 | | | | | | Clique | | | | Clique |
| Perda do olfato | | | | | | | Clique | | | | Clique | | Dor de garganta | | | | | | Clique | | | | Clique |
| Perda do paladar | | | | | | | Clique | | | | Clique | | Dificuldade de respirar | | | | | | Clique | | | | Clique |
| Dor de cabeça | | | | | | | Clique | | | | Clique | | Diarreia | | | | | | Clique | | | | Clique |
| Tosse | | | | | | | Clique | | | | Clique | | Assintomático | | | | | |  | | | | |
| Outros, informe: | | | | | | | Clique | | | | | | | | | | | | Clique | | | | Clique |
| **(2) Riscos de contágio nos últimos 14 dias. Caso não tenho ocorrido nenhum evento, deixe em branco.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tipo de contato | | | | | | | | | | | Data do teste do contactante | | | | | | Data do contato | | | | | | |
| Com preso que testou positivo | | | | | | | | | | | Clique | | | | | | Clique | | | | | | |
| Com colega de trabalho | | | | | | | | | | | Clique | | | | | | Clique | | | | | | |
| Moro com pessoa que testou positivo | | | | | | | | | | | Clique | | | | | | Contínuo | | | | | | |
| **(3) Afastamento do trabalho. Caso não se enquadre, deixe em branco.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tipo | | | | | | Data início | | | | | Data final | | Tipo | | | | | | | Data inicial | | | |
| Em férias | | | | | | Clique | | | | | Clique | | Em teletrabalho | | | | | | | Clique | | | |
| Em atestado | | | | | | Clique | | | | | Clique | | DATA DO ÚLTIMO DIA QUE TRABALHOU: Clique | | | | | | | | | | |
| **(4) Vulnerabilidades individuais e outros dados** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Doenças respiratórias crônicas descompensadas | | | | | | | | | |  | Doença renal crônica | | | |  | Portador de doença cromossômica | | | | | | |
|  | Cardiopatia | | | | | | | | | |  | Imunossupressão | | | |  | Púrpura | | | | | | |
|  | Diabetes | | | | | | | | | |  | Gestante | | | |  | Obesidade | | | | | | |
| Vacina (doses) ()1ª ()2ª ()3ª | | | | | | | | | | data da última dose: Clique | | | | | **Outra:**  Clique | | | | | | | | |
| **Testagens anteriores: teste rápido ou de sangue (sorológico), ou nasal (RT-PCR)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tipos | | Data | | | | | | | Resultado | | Data | | | Resultado | | | | Data | | | Resultado | | |
| Sorológico | | Clique | | | | | | | Clique | | Clique | | | Clique | | | | Clique | | | Clique | | |
| Nasal | | Clique | | | | | | | Clique | | Clique | | | Clique | | | | Clique | | | Clique | | |
| **DECLARAÇÂO: declaro que são verdadeiras as informações acima** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Data do preenchimento Clique | | | | | | | | | | | Assinatura do(a) servidor(a): | | | | | | | | | | | | |
| **Uso da Policlínica** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Peso | | | | Altura | | | | | | | PA | | Saturação O2 | | | | | Temperatura | | | | | |
| **Exame indicado** | | | | **DADOS** | | | | | | | **Data da Realização** | | **Resultado** | | | | | **Prof.saúde** | | | | | |
|  | **Teste rápido Antígeno** | | | | Lote:  Fabricante: | | | | | |  | |  | | | | |  | | | | | |
|  | **RT-PCR** | | | |  | | | | | |  | |  | | | | |  | | | | | |
| Obs (enfermagem / médico, com data): | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |