|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Resultado de imagem para LOGOTIPO PCDF | **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 nascimentoClique | IdadeClique | GêneroClique | Raça/corEscolher um item. | CPFClique | RGClique | Órgão expedidorClique |
| EndereçoClique  | BairroClique | CEPClique | UFClique |
| E-mailClique | Celular com WhatsAppClique |
| 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): |