



Questionário de Anamnese composto por 12 questões objetivas acerca da condição de saúde atual e sobre eventuais contatos de casos confirmados de COVID-19

ATLETA ( ) ARBITRAGEM ( ) APOIO ( )

EVENTO: 3º DESAFIO SERRA DA ÁGUA LIMPA

DATA: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

NOME: \_\_\_\_\_

1 - Tem tosse?*	( ) Sim	( ) Não
2 - Tem febre?* T. 37,5c	( ) Sim	( ) Não
Se a resposta for sim a quanto tempo?		
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 dor nas articulações?	( ) Sim	( ) Não
9 - Está com fraqueza anormal?	( ) Sim	( ) Não
10 - Tem diarreia?	( ) Sim	( ) Não
11 - Tem alteração do olfato?*	( ) Sim	( ) Não
Teste do nervo Olfatório   Para craniano		
Resposta duvidosa, teste com substância não irritante a cerca de 5cm de cada narina		
12 - Esteve em contato nos últimos 14 dias com um caso diagnosticado com COVID-19?	( ) Sim	( ) Não


Assinatura do Declarante \_\_\_\_\_

Obs. Este questionário deverá ser preenchido e assinado pelo declarante e entregue ao organizador do evento.