**Formulário de Check List de Avaliação de Critérios para Testagem Sorológica de Covid-19 – novo corona vírus – versão 2**

**Identificação do Paciente:**

Nome Completo_____

Idade:_____Sexo:_____Profissão:_____

Estado Civil: _____Número de Filhos_____Telefone:_____

**Passo 1: (Preenchimento obrigatório)**

**Identificação dos sintomas:**

Febre : ( )S ( )N Temp Axilar máxima: _____Há quantos dias _____

Tosse: ( )S ( )N Há quantos dias _____ Expectoração ( )S ( )N

Falta de ar : ( )S ( )N Há quantos dias _____ Chiado Peito ( )S ( ) N

Outros sintomas: (obstrução nasal, coriza, cefaléia , dor de garganta, dor de ouvido, dor no corpo (dor muscular) , prurido nasal, dor no peito, diarréia, náusea e vômito, confusão mental. ( )S ( )N

Inicio de Sintomas: ( ) menos de 7 dias ( ) há pelo menos 7 dias

**Passo 2:**

Identificação de Grupo de Risco: ( ) Diabetes ( )Hipertensão( ) Idosos

( )Transplantados ( ) Doença Auto Imune ( ) Quimioterapia

( )Doença Pulmonar ( ) Doença Renal ( )Doença Cardíaca

( ) Doença Hepática ( )Doença Hematológica ( )Doença Neuro

OBS _____

Uso de Imunossupressores/Corticoide_____

**Passo 3: (Preenchimento obrigatório)**

**Grupo II (critérios de exclusão):**

a) RT-PCR prévio positivo para SARS-CoV-2 ( )S ( )N

b) Pacientes que já tenham realizado o teste sorológico, com resultado positivo ( )S ( )N

c) Pacientes que tenham realizado o teste sorológico, com resultado negativo, há menos de 1 semana (exceto para os pacientes que se enquadrem no item b do Grupo I) ( )S ( )N

d) Testes rápidos ( )S ( )N

e) Pacientes cuja prescrição tem finalidade de rastreamento (screening), retorno ao trabalho, pré-operatório, controle de cura ou contato próximo/domiciliar com caso confirmado ( )S ( )N

f) Verificação de imunidade pós-vacinal ( )S ( )N

Exames Laboratoriais :_____

Exames Radiológicos: _____

Caso Suspeito: ( ) S ( )N Testagem para Covid 19: ( )S ( )N

**Declaro por ser verdade todas as informações a mim prestadas e preenchidas neste formulário, estando ciente dos efeitos resultantes de qualquer desvio de finalidade a que este formulário se presta.**

Médico Responsável:_____CRM:_____Data/ hora:_____/_____/_____