



Anexo I

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 dor 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
Itens 1 ou 2 ou 3 ou 11 com respostas afirmativas isoladamente	Avaliação clínica e a realização de exames deve ser fortemente considerada
Demais itens com respostas afirmativas	Isoladas: acompanhamento médico
	Mais de uma resposta afirmativa concomitante: considerar realização de exames