

QUESTIONÁRIO COVID-19

Nome completo: _____

Telefone/telemóvel: _____ Telefone/telemóvel do acompanhante: _____

Assinale com uma cruz o quadrado apropriado [S]=Sim; [N]=Não.

S	N	Tem ou teve febre nos últimos 14 dias?
S	N	Tem ou teve tosse nos últimos 14 dias?
S	N	Tem ou teve dificuldade em respirar nos últimos 14 dias?
S	N	Tem ou teve dor de garganta nos últimos 14 dias?
S	N	Tem ou teve corrimento nasal nos últimos 14 dias?
S	N	Tem ou teve dores de cabeça e/ou musculares nos últimos 14 dias?
S	N	Tem ou teve perda de paladar nos últimos 14 dias?
S	N	Tem ou teve perda do cheiro nos últimos 14 dias?
S	N	Tem ou teve diarreia aguda nos últimos 14 dias?
S	N	Teve contacto próximo (coabitação; contacto físico direto ou em proximidade (contacto em ambiente fechado ou frente a frente); viagem com caso confirmado em avião ou navio) com caso confirmado ou provável de infeção COVID-19?
S	N	Tem/teve doença COVID-19 confirmada laboratorialmente? E/ou ainda se encontra em período de isolamento (até confirmação de teste negativo)?

Registo da Temperatura corporal medida no consultório: _____°C (recomendado: <37.7°C)

Se respondeu SIM a qualquer das perguntas acima, o exame será cancelado, pois o risco para si próprio e para as pessoas com quem contacta pode ser significativo, e na existência de sintomatologia deve contactar de imediato a linha SNS 24 (tem se ser descartada a hipótese de estar infetado pelo SARS-CoV2).

No caso de já ter estado infetado as orientações atuais é de não ser submetido a procedimentos endoscópicos eletivos (não urgentes/emergentes) nos 14 dias após ter sido considerado como "curado".

Confirmo a veracidade da informação acima prestada, declarando que não tenho conhecimento de que esteja/tenha estado infetado pelo vírus SARS-CoV2, e percebo que pela minha presença numa Unidade de Endoscopia existe um risco, ainda que controlado, de ser contaminado por este vírus e desenvolver doença COVID-19.

Data: ____ / ____ / _____

Assinatura _____

Se nos **14 dias após** o procedimento desenvolver **sintomas de infeção** respiratória aguda (febre, tosse, dificuldade em respirar ou dor de garganta) ou diarreia aguda e/ou diagnóstico de COVID-19, deve **contactar-nos obrigatoriamente, por telefone ou e-mail (pinacabral.leiria@gmail.com)**.