

IDENTIFICAÇÃO PARA CADASTRO

Nome do Paciente: _____

Data de Nascimento: _____ Sexo: Masculino Feminino

CNS: (Cartão Nacional do SUS) _____ CPF: _____

Raça / Cor: Preta Indígena Parda Amarela Branca

É Profissional da Saúde? SIM NÃO

É Profissional de Segurança? SIM NÃO

Logradouro: _____ Nro _____

Complemento: _____

Bairro: _____ CEP: _____

Cidade de Residência: _____ Estado _____

Telefone Celular (____) _____ Telefone de Contato (____) _____

NOTIFICAÇÃO

Sintomas

Dor de Garganta Dispneia Febre Tosse Outros

Descrição dos sintomas: _____

Data de Início dos Sintomas ____/____/____

Condições:

Doenças respiratórias crônicas descompensadas (asma, dpoc, efisema ...)

Doenças renais crônicas em estágio avançado (graus 3,4 ou 5)

Portador de doenças cromossômicas ou estado de fragilidade imunológica (síndrome)

Diabetes

Imunossupressão

Doenças cardíacas

Gestante de alto risco

Estado do Teste

Coletado

Data da Coleta: ____/____/____

PREENCHIMENTO REALIZADO PELO LABORATORIO BUAINAIN

1 - Estratégia local de Realização de Testagem

Diagnostico assistencial (Sintomático)
Busca ativa assintomático
Triagem de População Especifica

Se houver preenchimento de Busca Ativa de Assintomático no item 1, necessário preencher a informação abaixo:

Monitoramento de Contatos
Investigação de Surtos
Monitoramento de Viajantes com Risco de VOC (Quarentena)
Outros

Se houver preenchimento de Triagem de População Especifica no item 1, necessário preencher a informação abaixo:

Trabalhadores de Serviços Essenciais ou Estratégico
Profissionais de Saúde
Gestante e puérperas
Povos e Comunidades Tradicionais
Outros