Formulário de Monitoramento da Saúde para pessoas com sintomas leves de COVID-19 (1a. Folha)

Este é um questionário para monitorar a saúde durante o tratamento em casa. A enfermeira ou outro profissional do Centro de Saúde verificará cuidadosamente por telefone, no entanto, se surgir algum sintoma preocupante, entre imediatamente em contato com o Centro de Saúde.

Se responder "Sim" em algum sintoma com ★, entre imediatamente em contato com o Centro de Saúde. (TEL: ○○○ー○○○○)

Nome do paciente:			Endereço:					TEL : - -			E-mail : @		
			Dia do início do tratamento em casa: / /										
Data			Início	1o. Dia	2o. Dia	3o. Dia	4o. Dia	5o. Dia	6o. Dia	7o. Dia	8o. Dia	9o. Dia	10o. Dia
			/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Sinais vitais	8:00	Temperatura corporal	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
	18:00	Temperatura corporal	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
Sintomas respiratórios	1	Tosse	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim
	2	Dificuldade de respirar ★Estou com respiração ofegante (aumentou a frequência respiratória) ★Repentinamente, fiquei com dificuldade de respirar ★Fico sem fôlego com pequenos movimentos diários ★Sinto dores no peito ★Não consigo deitar. Só consigo respirar quando estou sentado ★Estou respirando pelos ombros / Meu peito está chiando	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim
	3	Estou com coriza/Congestionamento nasal	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim
	4	Expressão / Aparência ★ Meus lábios estão roxos	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim
	5	Estou com dor de garganta	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim
Outros	6	Sinto alterações no paladar/olfato	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim
	7	Náuseas/vômitos	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim
	8	Hiperemia conjuntival (olho vermelho)	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim
	9	Dor de cabeça	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim
	10	Sensação de cansaço geral	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim
	11	Dor nos músculos e articulações	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim
	12	Diarreia	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim
	13	Alteração da consciência ★Sinto a pulsação saltar e o ritmo do pulso está acelerado	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim
	14	Câimbra	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim
	15	Não consigo dormir	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim
	16	Estou ansioso	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim
	17	Outros	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim
	18	Sangramento (apenas para mulheres grávidas)	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim
	19	Forte dor abdominal (apenas para mulheres grávidas)	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim
Confirmação de manhã/noite Marque ☑			Manhã : □ ( ) Noite : □ ( )	Manhã : □ ( ) Noite : □ ( )	Manhã : □ ( ) Noite : □ ( )	Manhã : □ ( ) Noite : □ ( )	Manhã : □ ( ) Noite : □ ( )	Manhã : □ ( ) Noite : □ ( )	Manhã : □ ( ) Noite : □ ( )	Manhã : □ ( ) Noite : □ ( )	Manhã : □ ( ) Noite : □ ( )	Manhã : □ ( ) Noite : □ ( )	Manhã : □ ( ) Noite : □ ( )
Observações													

Formulário de Monitoramento da Saúde para pessoas com sintomas leves de COVID-19 (2a. Folha)

Este é um questionário para monitorar a saúde durante o tratamento em casa. A enfermeira ou outro profissional do Centro de Saúde verificará cuidadosamente por telefone, no entanto, se surgir algum sintoma preocupante, entre imediatamente em contato com o Centro de Saúde.

Se responder "Sim" em algum sintoma com ★, entre imediatamente em contato com o Centro de Saúde. (TEL: ○○○ー○○○○)

Nome do paciente:			Endereço:					TEL : - -		E-mail : @		
			Dia do início do tratamento em casa: / /									
Data			11o. Dia	12o. Dia	13o. Dia	14o. Dia	15o. Dia	16o. Dia	17o. Dia	18o. Dia	19o. Dia	20o. Dia
			/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Sinais vitais	8:00	Temperatura corporal	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
	18:00	Temperatura corporal	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
Sintomas respiratórios	1	Tosse	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim
	2	Dificuldade de respirar ★Estou com respiração ofegante (aumentou a frequência respiratória) ★Repentinamente, fiquei com dificuldade de respirar ★Fico sem fôlego com pequenos movimentos diários ★Sinto dores no peito ★Não consigo deitar. Só consigo respirar quando estou sentado ★Estou respirando pelos ombros / Meu peito está chiando	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim
	3	Estou com coriza/Congestionamento nasal	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim
	4	Expressão / Aparência ★ Meus lábios estão roxos	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim
	5	Estou com dor de garganta	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim
Outros	6	Sinto alterações no paladar/olfato	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim
	7	Náuseas/vômitos	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim
	8	Hiperemia conjuntival (olho vermelho)	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim
	9	Dor de cabeça	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim
	10	Sensação de cansaço geral	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim
	11	Dor nos músculos e articulações	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim
	12	Diarreia	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim
	13	Alteração da consciência ★Sinto a pulsação saltar e o ritmo do pulso está acelerado	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim
	14	Câimbra	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim
	15	Não consigo dormir	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim
	16	Estou ansioso	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim
	17	Outros	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim
	18	Sangramento (apenas para mulheres grávidas)	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim
	19	Forte dor abdominal (apenas para mulheres grávidas)	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim	Não / Sim
Confirmação de manhã/noite Marque ☑			Manhã : □ ( ) Noite : □ ( )	Manhã : □ ( ) Noite : □ ( )	Manhã : □ ( ) Noite : □ ( )	Manhã : □ ( ) Noite : □ ( )	Manhã : □ ( ) Noite : □ ( )	Manhã : □ ( ) Noite : □ ( )	Manhã : □ ( ) Noite : □ ( )	Manhã : □ ( ) Noite : □ ( )	Manhã : □ ( ) Noite : □ ( )	Manhã : □ ( ) Noite : □ ( )
Observações												