

Questionário de Avaliação do Risco e Detecção Precoce Instituições na Comunidade

A Autoridade de Saúde da Região Autónoma da Madeira pretende monitorizar o risco associado à doença pelo novo Coronavírus (COVID-19). Assim, solicitamos a sua colaboração, como profissional associado a uma instituição na comunidade, no preenchimento deste inquérito.

Caso responda SIM a pelo menos 1 critério epidemiológico e 1 critério clínico, está identificado um risco, e necessita de uma avaliação adicional por um profissional de saúde. Por favor, contacte de imediato a linha de apoio SRS24 Madeira – 800 24 24 20. Mantenha o isolamento até validação da suspeita e orientação pelos profissionais deste serviço. Informe o assistente do seu alojamento, evitando o contacto físico com outras pessoas.

Se NÃO cumpre estes critérios, não constitui um caso suspeito, devendo manter apenas as medidas gerais de proteção. Lembramos que o reforço da higiene das mãos e da etiqueta respiratória são determinantes para a prevenção e controlo da infeção, pelo que devem ser reforçados em todos os momentos.

Se respondeu SIM apenas a 1 critério epidemiológico, deve manter a autovigilância e encaminhar este questionário para as autoridades de saúde. Se desenvolver os sintomas abaixo (critérios clínicos), deve contactar a linha SRS24 Madeira.

Nome: _____

Género: Feminino Masculino Outro

Data de Nascimento: ___/___/_____ Data do preenchimento do questionário: ___/___/_____

Número de Utente de Saúde: _____ Contato telefónico: _____

CRITÉRIOS	RESPOSTA	
CRITÉRIOS EPIDEMIOLÓGICOS		
História de viagem para áreas com transmissão comunitária ativa*, nos 14 dias antes do início de sintomas.	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Contacto com caso confirmado ou provável de infeção por 2019-nCoV nos 14 dias antes do início dos sintomas	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Profissional de Saúde ou pessoa que tenha estado numa instituição de saúde onde são tratados doentes com COVID-19.	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
CRITÉRIOS CLÍNICOS		
<input type="checkbox"/> Febre e/ou <input type="checkbox"/> Tosse ou dificuldade respiratória Data início dos sintomas: ___/___/_____	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
<input type="checkbox"/> Febre ou <input type="checkbox"/> Tosse ou <input type="checkbox"/> Dificuldade respiratória Data início dos sintomas: ___/___/_____	<input type="checkbox"/> SIM	

Instituição: _____

Entidade Responsável: _____

* Áreas com transmissão comunitária ativa (25/02/2020, sujeito a alteração):

- Ásia – China, Coreia do Sul, Japão, Singapura
- Médio Oriente – Irão
- Europa – Regiões de Itália: Emiglia-Romagna, Lombardia, Piemonte, Veneto.

Nota.: Todos os inquéritos preenchidos em papel, a cada semana (2ª a domingo), devem ser reportados pela instituição responsável ao IASAÚDE, IP-RAM, até a 3ª feira da semana seguinte

