	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRONIZADO – POP	Versão	01
	Anamnese para a COVID- 19	Data de publicação	26/06/2021

1 DESCRIÇÃO

Ficha de atendimento para suspeitos de COVID-19.

2 PÚBLICO-ALVO

Comunidade acadêmica, terceirizados e visitantes.

3 RESPONSÁVEIS PELA EXECUÇÃO

Profissionais dos setores de saúde das unidades do IFAP (Se houver na unidade profissional habilitado). Observar o protocolo de caso suspeito ou com sintomas respiratório e preencher a anamnese adotando todas as medidas de biossegurança.


4 CASO SUSPEITO

Febre e/ou mais um sinal ou sintoma respiratório.

4.1 Investigação

1. Questionar se a pessoa teve contato com algum caso suspeito ou confirmado de COVID-19;
2. Verificar temperatura corporal (preferencialmente usando termômetro de testa);
3. Verificar saturação de Oxigênio;
4. Investigar se houve perda do olfato ou paladar;
5. Observar e questionar sobre dificuldade respiratória;
6. Investigar mialgia e/ou fadiga;
7. Verificar se há/houve febre mensurada e/ou referida;
8. Verificar e investigar se há coriza, sinusite, dor de cabeça.

Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
GT Plano Estratégico de Retorno Gradual das Aulas presenciais	GT Plano Estratégico de Retorno Gradual das Aulas presenciais	Comitê de crise e enfrentamento a COVID-19

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRONIZADO – POP	Versão	01
	Anamnese para a COVID- 19	Data de publicação	26/06/2021

4.2 Ficha de Anamnese

Data:

1. Nome: _____

2. Idade: _____

3. Sexo: Masc. () Fem. ()

4. Endereço: _____

5. Telefone: _____

6. Função: _____

7. Setor: _____

8. Grupo de risco: Sim () Não ()

9. Contato com caso suspeito ou confirmado de Covid-19? () Sim Não ()

Se sim, há quantos dias? _____

10. Contato com pessoa que apresenta ou apresentou algum sinal ou sintoma (ex: febre, coriza, fadiga, dor muscular, tosse, etc) de gripe ou resfriado? Sim () Não ()

11. Temperatura: _____

12. Doença prévia? Sim () Não ()

DM (); HAS (); Tratamento imunossupressor (); Câncer (); Asma (); Bronquite ();

Doença autoimune (); Cardiopatia (); Tabagista ().

Observação:

13. Dificuldade respiratória: sim () não ();

14. Saturação: _____ SPO₂

15. FR: _____ irpm

Observação: Se for necessário encaminhar o paciente ao centro de saúde ou triagem, uma cópia desta folha deve ser levada pelo paciente para entregar ao serviço ao profissional de saúde.

Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
GT Plano Estratégico de Retorno Gradual das Aulas presenciais	GT Plano Estratégico de Retorno Gradual das Aulas presenciais	Comitê de crise e enfrentamento a COVID-19