

INQUÉRITO COVID 19

Este inquérito destina-se ao acompanhamento dos colaboradores presentes nas empresas nossas clientes que possam e/ou estiveram em contacto com alguém que testou positivo para SARS-COV2 (COVID-19) ou que se profile para ocupar uma vaga em aberto.

O inquérito será tratado apenas no âmbito das medidas de combate ao SARS-COV2 (COVID-19) e medidas adicionais de Segurança e Saúde no Trabalho e a sua necessidade impõe-se para que se possa manter:

- Prevenção e níveis de alerta adequados
- Contenção da propagação da doença
- Fazer parte integrante do plano de contingência

1 ATUALMENTE OU NOS ÚLTIMOS 14 DIAS TEVE ALGUM DOS SEGUINTE SINTOMAS?

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Febre superior a 37,8 °C | <input type="checkbox"/> Perda de paladar | <input type="checkbox"/> Todos os anteriores |
| <input type="checkbox"/> Tosse Persistente | <input type="checkbox"/> Fadiga ou sensação de cansaço | <input type="checkbox"/> Nenhum dos anteriores |
| <input type="checkbox"/> Falta de Ar | <input type="checkbox"/> Dores generalizadas no corpo sem razão aparente | <input type="checkbox"/> Outro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Perda de Olfato | | |

2 ESTEVE EM CONTACTO COM ALGUÉM INFETADO COM COVID 19 EM CONTEXTO SOCIAL, FAMILIAR OU DE TRABALHO NOS ÚLTIMOS 14 DIAS

- NÃO SIM

Se respondeu SIM especifique o contacto

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Frente a frente a menos de 2 metros | <input type="checkbox"/> 10 minutos ou menos |
| <input type="checkbox"/> Frente a frente a mais de dois metros | <input type="checkbox"/> 10 minutos, mas menos de 15 minutos |
| <input type="checkbox"/> Lado a lado a menos de dois metros | <input type="checkbox"/> 15 minutos ou mais |
| <input type="checkbox"/> Lado a Lado a mais de dois metros | <input type="checkbox"/> Não esteve em contacto |
| <input type="checkbox"/> Nenhum dos cenários apresentados. | <input type="checkbox"/> Outra Situação: _____ |
| <input type="checkbox"/> Outro: _____ | |

3 DESCREVA O LOCAL EM QUE TEVE EM CONTACTO COM A PESSOA SUSPEITA OU PORTADORA DE COVID19:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Local Exterior | <input type="checkbox"/> Local interior e pouco arejado/ambiente familiar ou equiparado |
| <input type="checkbox"/> Local interior de grande dimensões e arejado | <input type="checkbox"/> Outro: _____ |

4 ESTEVE OU ESTÁ INFETADO COM O COVID 19?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sim, ESTOU (indique em "outro" a data do teste de Confirmação) | <input type="checkbox"/> Não |
| <input type="checkbox"/> Sim, JÁ ESTIVE (Indique em "outro" a data em que testou negativo) | <input type="checkbox"/> Outra situação: _____ |

5 CONCORDA EM USAR TODAS AS MEDIDAS DE COMBATE À COVID 19 DIFUNDIDAS PELA DGS E PELA EMPRESA ONDE IRÁ EXERCER FUNÇÕES?

- SIM
 NÃO

6 QUE MEDIDAS TEM USADO NO SEU DIA À DIA?

- Uso de mascara cirurgica ou FFP2/NK5
 Redução de contacto social ao minimo indispenavel
 Uso de Mascara comunitária
 Viseira
 Gel desinfetante

7 ESTÁ INCLUIDO/A EM ALGUM GRUPO DE RÍSCO DE ACORDO COM AS ESPECIFICAÇÕES DA DGS?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hipertenso | <input type="checkbox"/> Em tratamento de alguma doença oncologica |
| <input type="checkbox"/> Doenças do Foro respiratório | <input type="checkbox"/> Outros imunosuprimidos |
| <input type="checkbox"/> Doenças do foro coronário | <input type="checkbox"/> Nenhum dos anteriores |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Outro: _____ |

Tendo tomado conhecimento de todos os fatores relevantes, nos termos do Regulamento Geral de Proteção de Dados, presto o meu consentimento para o tratamento das informações cedidas, que é livre e esclarecido, e que é assinado conforme documento de identificação pessoal

Nome: _____ Assinatura: _____