

Questionário de Triagem de suspeita de COVID-19/atletas Desafio 20/21

1. Você está sentindo algum desses sintomas?\*

( )Tosse ou dor de garganta ( ) Falta de ar

( ) você **tem** ou **teve febre** esses últimos dias (temperatura maior do que **37,5ºC** )?

( ) Dor de cabeça ( )Nenhum dos sintomas

Se sim, há quanto tempo sente esses(s) sintomas?

( ) Hoje

( ) 1 a 7 dia (s)

( ) 8 a 14 dia (s)

( ) Mais de 14 dia (s)

1. Você teve contato com caso suspeito ou confirmado de COVID-19 nos últimos 14 dias?\*

( ) Sim

( ) Não

1. Se você foi diagnosticado(a) com covid-19, há quanto tempo?

( ) 1 semana

( ) Entre 1 e 2 semanas

( ) Entre 3 e 4 semanas

( ) Mais de 30 dias

( ) não fui diagnosticado(a)

1. **Só responda se você foi diagnosticado(a) com Covid 19. Voce fez algum dos exames abaixo:**

( ) swab

( ) sorologia

( ) teste rapido

**5- Voce ficou com algum sintoma persistente, mesmo após a cura da doença?**

( ) sim

( ) não

Se voce marcou sim, qual(is)?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*Caso você tenha 01 (um) ou mais dos sintomas acima e/ou tenha tido contato com caso suspeito ou confirmado de COVID-19 ou sido diagnosticado com covid-19 nos últimos 14 dias, solicitamos atestado médico para realização da prova.

Assumo a veracidade das informações prestadas ao questionário e afirmo estar liberado pelo meu médico para a participação de atividades físicas.

Nome:

Data:

Assinatura: