



**PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO FERREIRA**  
“A CAPITAL NACIONAL DA CERÂMICA ARTÍSTICA E DA DECORAÇÃO”  
**SECRETARIA DE SAÚDE**

**INVESTIGAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA EM CASOS INTERNADOS POR CORONAVÍRUS**

Nome:

Data do Contato: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

DN: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Ocupação:

Idade: \_\_\_\_\_

Entrevistado:

Data do início dos sintomas: \_\_\_\_\_

Qual Unidade de Saúde foi diagnosticado?

Viajou 14 dias anterior aos sintomas? ( ) sim ( ) não

Se sim, para onde?

Teve passagem no Pronto Socorro ou Unidade de Saúde antes da internação? ( ) SIM ( ) NÃO

Quantas vezes? \_\_\_\_\_

Ao internar quais os sintomas apresentados?

Quanto tempo do início dos sintomas para a internação?

Doença pré existente? ( ) sim ( ) não

Se sim quais?

Data da Internação:

Precisou de UTI: ( ) sim ( ) não

Data da Alta hospitalar:

Desfecho: ( ) Curado ( ) Óbito ( ) Manter o isolamento Domiciliar

Após a alta hospitalar, precisou procurar algum serviço de saúde? Se sim, qual?

Entrou em contato com caso positivo de coronavírus?

Locais frequentados nos últimos 14 dias anterior aos sintomas:

( ) Supermercado? qual

( ) Lojas? qual

**SECRETARIA DE SAÚDE**

CNPJ: 45.339.363/0001-94

**Rua Dona Balbina, nº 923 – Centro – Porto Ferreira, SP – CEP: 13660-000**

Fone: (19) 3589-3700

[www.portoferreira.sp.gov.br](http://www.portoferreira.sp.gov.br) | [saude@portoferreira.sp.gov.br](mailto:saude@portoferreira.sp.gov.br)



PORTO FERREIRA

# PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO FERREIRA

“A CAPITAL NACIONAL DA CERÂMICA ARTÍSTICA E DA DECORAÇÃO”

## SECRETARIA DE SAÚDE

( ) Farmácia? qual

( ) Casa de familiares/ ou amigos

( ) Frequentou alguma festa ou comemoração familiar

Mais alguém da família apresentou sintomas? ( ) SIM ( ) NÃO

Se sim, quem?

Foi testado os familiares que apresentaram sintomas? ( ) SIM ( ) NÃO

Teste utilizado ( ) PCR ( ) TR

Se sim, quais os resultados dos exames:

Anotações Complementares:

Tomou vacina contra Influenza esse ano? ( ) sim ( ) não

Quais medicamentos foram prescritos quando soube da infecção pelo Coronavírus?

Você/ ou familiares receberam todas as orientações a respeito do Isolamento Domiciliar?

Conseguir Cumprir o isolamento domiciliar? Se não explique o porquê.

Você recebeu diariamente as ligações da Equipe de Monitoramento?

A Equipe de Saúde conseguiu dar o apoio necessário?

Como você avalia sua internação?

Entrevistador:

Data:

**SECRETARIA DE SAÚDE**

CNPJ: 45.339.363/0001-94

**Rua Dona Balbina, nº 923 – Centro – Porto Ferreira, SP – CEP: 13660-000**

Fone: (19) 3589-3700

[www.portoferreira.sp.gov.br](http://www.portoferreira.sp.gov.br) | [saude@portoferreira.sp.gov.br](mailto:saude@portoferreira.sp.gov.br)