

PLANILHA DE MONITORAMENTO DOS CASOS EM ISOLAMENTO DOMICILIAR

NOME: _____

D.N. _____ IDADE: _____ Grupo de risco () SIM () NÃO

INÍCIO DO ISOLAMENTO DOMICILIAR ____/____/____

Data retorno de viagem: _____

Telefone: _____

SITUAÇÃO: () Suspeito () Confirmado () Descartado

DATA	SINAIS E SINTOMAS PRESENTES					PROCUROU SERVIÇO DE SAÚDE			ALGUM CONTATO DOMICILIAR INICIOU COM SINTOMAS	OBSERVAÇÕES
	FEBRE	TOSSE	DISPNEIA	DOR DE GARGANTA	OUTROS	UBS	PS	CONVÊNIO		

OBS – Orientar que caso haja piora do estado geral do paciente, o mesmo deve procurar atendimento médico. Utilizar máscara e, preferencialmente, não utilizar transporte coletivo.