



Secretaria Municipal de Saúde de Linhares

VIGILANCIA EM SAÚDE

Email: suvis.saude@linhares.es.gov.br

TEL: (027) 3371-4098

FORMULÁRIO DE MONITORAMENTO DE IMIGRAÇÃO – COVID 19

1. PREENCHIMENTO

Data do preenchimento: ____ / ____ / ____

Responsável pelo Preenchimento:

2. IDENTIFICAÇÃO

Nome Completo do colaborador:

Data de Nasc. ____ / ____ / ____ CPF: _____

Sexo biológico: () Feminino () Masculino

3. MIGRAÇÃO

Empregador:

Localidade da Propriedade em Linhares:

Cidade e Estado de Origem:

Data de chegada no Município: ____ / ____ / ____

Como Chegou: () Demanda espontânea () Transporte Interestadual comercial () Transporte cedido pelo empregador () Transporte próprio.

Situação de moradia em Propriedade: () Alojamento () Aluguel (Familiar) () Casa de amigo ou parente () Albergue () Sem moradia () Moradia cedida pelo empregador (familiar)

3. SITUAÇÃO DE SAÚDE

Apresenta algum problema de saúde: () Hipertensão () Diabetes () Asma () Doença Renal Crônica () Em tratamento de Lupus ou Cancêr () Obesidade

Faz algum tratamento de saúde? () Não () Sim Qual? _____

Faz uso regular de algum medicamento: () Não () Sim Qual? _____

4. PARÂMETROS

FEBRE Menor que 37,5

Maior que 37,5

CONDUTA *Normal*

Encaminhar o paciente para UBS ou UPA

SINTOMAS

Sintomas característicos de Síndrome Gripal: 1- Febre 2 - Coriza 3 - Tosse 4 - Dor de garganta 5 - Dificuldade para respirar

Sintomas característicos de Dengue: 1- Febre 2 - Dor nos olhos 3 - Dor no corpo 4 - Manchas vermelha pelo corpo

Fica responsável pelo preenchimento um funcionário da propriedade destinado pelo Proprietário para a função.