

QUESTIONÁRIO RT-PCR PARA COVID -19

Nome do Paciente: _____

Data de Coleta: ____/____/____

Material:

- Swab nasofaringe Lavado/aspirado de orofaringe Aspirado traqueal
 Swab combinado de naso e orofaringe Escarro Lavado broncoalveolar
 Lavado/aspirado de nasofaringe

1. Teve ou está com quadro de infecção respiratória (febre, tosse, mal-estar, coriza e dor de garganta)?

Sim Não Se teve quadro descrito acima, em qual data? _____

2. Teve diagnóstico de COVID 19?

Sim Não Se teve quadro descrito acima, em qual data? _____

3. Teve contato com alguém com caso confirmado de COVID 19?

Sim Não Se sim, há quanto tempo? _____