

**PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO**

Nome do Paciente: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo Genético: ( ) Feminino ( ) Masculino

Cidade em que mora: \_\_\_\_\_

Telefone de contato ou e-mail: \_\_\_\_\_

Médico solicitante: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

Local de coleta da amostra: \_\_\_\_\_

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

Obstrução nasal? ( ) Não ( ) Sim     Esquerda     Direita

**Paciente de grupo de risco?**  
( ) Não    ( ) Sim. Qual? \_\_\_\_\_

**Assinale as alternativas que justifiquem a suspeita de COVID-19:**

- ( ) Paciente apresenta sintomas compatíveis com COVID-19 mas sem histórico que justifique a suspeita.
- ( ) Paciente teve contato com pessoa confirmada para COVID-19.
- ( ) Paciente teve contato com pessoa com suspeita de COVID-19.
- ( ) Paciente viajou para outra cidade no Brasil nos 14 dias anteriores ao início dos sintomas.
- ( ) Paciente viajou para fora do Brasil nos 14 dias anteriores ao início dos sintomas.
- ( ) Paciente esteve em hospital/clínica/unidade de saúde nos 14 dias anteriores ao início dos sintomas.
- ( ) Outro

Descrever a possível forma de contágio e/ou informações relevantes.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Descrever os dados clínicos do(a) paciente.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_