

# FORMULÁRIO DE TRIAGEM

Nome:

Data de Nasc.:

Temperatura  
Corporal

\_\_\_\_\_ °C

## FAVOR PREENCHER OS DADOS SOLICITADOS ABAIXO

- Apresenta sintomas respiratórios (tosse, dor de garganta, falta de ar, esforço ou desconforto respiratório)?

( ) SIM ( ) NÃO

- Apresenta ou apresentou febre? ( ) SIM ( ) NÃO

- Apresenta outros sinais e sintomas relevantes: ( ) SIM ( ) NÃO

Se sim, descreva: \_\_\_\_\_

CASO SUSPEITO DE SINDROME GRIPAL? ( ) SIM ( ) NÃO

### Avaliação Geral:

- Apresenta outras comorbidades? ( ) sim ( ) não

Se sim, descreva: \_\_\_\_\_

- Medicamentos de uso contínuo ( ) sim ( ) não

Se sim, descreva: \_\_\_\_\_

- Apresenta alergias de medicamentos ( ) sim ( ) não

Se sim, descreva: \_\_\_\_\_

- História de cirurgias prévias ou internações recentes ( ) sim ( ) não

Se sim, descreva: \_\_\_\_\_

### Profissional Triagista

Assinatura: \_\_\_\_\_ Carimbo: \_\_\_\_\_

Curvelo, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de 2020

### Declaração de Veracidade

DECLARO, para fins de direito, sob as penas da Lei, que as informações e documentos prestados que apresento, são verdadeiros e autênticos (fiéis à verdade e condizentes com a realidade).

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_