

MONITORAMENTO DE
SINTOMAS SUGESTIVOS DA
COVID-19 ENTRE PROFISSIONAIS
DE SAÚDE

O projeto PREVCOVID-BR promove ações para a prevenção da disseminação da COVID-19 no ambiente hospitalar. O automonitoramento diário de trabalhadores é uma dessas ações. Este automonitoramento é feito por meio do Google Formulário. O preenchimento é voluntário e o sigilo quanto aos dados pessoais é garantido.

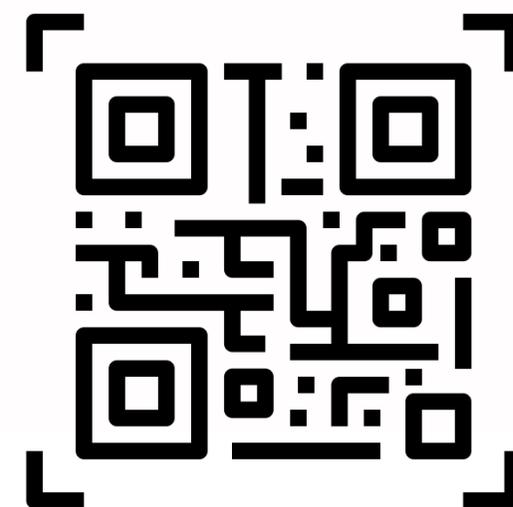


OBJETIVOS

- **Estimular o automonitoramento de sintomas sugestivos de COVID-19 na unidade;**
- **Orientar os sintomáticos quanto às ações que deverão ser seguidas;**
- **Evitar que os sintomáticos compareçam à unidade, de modo a reduzir a disseminação da doença;**
- **Reduzir riscos de surtos de COVID-19 na unidade.**



- **O trabalhador da saúde receberá o Google Formulário (WhatsApp, e-mail, ativação do QR-Code). Não é necessária senha para entrar no formulário, somente o ID;**
- **Os profissionais poderão acessar o Google Formulário via seus próprios equipamentos ou mesmo dispor de um computador da unidade a critério do hospital.**



O formulário está dividido em quatro seções:

A. Identificação;

B. Lista de verificação de comorbidades e vacinação;

C. Lista de verificação de sinais e sintomas de COVID-19;

D. Exposição desprotegida.



A. Identificação

- **Informação sobre o número do ID do profissional;**
- **O ID é um número individual e intransferível que será fornecido pelo projeto ao profissional que atua nas unidades selecionadas para o monitoramento.**



A. Identificação

Por favor, escreva o seu ID único abaixo. *

Sua resposta

! Esta pergunta é obrigatória

É a primeira vez que responde a pesquisa? *

Sim

Não

Próxima

Limpar formulário



B. Lista de verificação de comorbidades e vacinação

- **Questões fechadas, do tipo caixa de listagem, com as opções das possíveis comorbidades, doses de vacina recebida e qual vacina foi recebida. O trabalhador preenche essas questões somente em seu primeiro acesso ao formulário;**
- **Para fechar a seção deve-se responder à questão sobre vacina de Influenza.**



B. Lista de verificação de comorbidades e vacinação

Comorbidades e status vacinal

Possui alguma das condições listadas? (Aceita-se mais de uma resposta) *

- 60 anos ou mais de idade
- Tabagismo
- Obesidade (IMC igual ou maior a 30)
- Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) - "Pressão alta"
- Doença cardíaca
- Comorbidade respiratória
- Imunodeficiência ou imussupressão decorrente de doença
- Imunodeficiência ou imussupressão por uso de medicação
- Insuficiência renal crônica (IRC)
- Diabetes descontrolada ou com complicações
- Gestante no momento
- Nenhuma das condições

Quantas doses da vacina COVID-19 você recebeu? *

- 3, e há PELO MENOS 15 dias desde a minha 3ª dose
- 2, e há PELO MENOS 15 dias desde a minha 2ª dose
- 1, e há PELO MENOS 15 dias desde esta dose
- Nenhuma das acima

Selecione a(s) vacina(s) COVID-19 que você recebeu. *

- Coronavac - Sinovac/Instituto Butantã
- Astrazeneca - Fiocruz
- Pfizer - BioNTech
- Janssen - Johnson & Johnson
- Nenhuma
- Outro: _____

B. Lista de verificação de comorbidades e vacinação

Tomou a vacina contra influenza nos últimos 6 meses? *

Sim

Não

Google Formulário

C. Lista de verificação de sinais e sintomas de COVID-19

- **Questões fechadas, com as opções: “nenhum sintoma”, “1 sintoma”, ou “2 ou mais sintomas”;**
- **No caso de ter escolhido a opção “1 sintoma”, a lista apresenta questões fechadas para selecionar o sintoma apresentado;**
- **No caso de ter escolhido a opção “2 ou mais sintomas” a listagem apresenta questões fechadas, com as opções “Sim” e “Não”. Todos os itens devem ser respondidos.**

C. Lista de verificação de sinais e sintomas de COVID-19

Identificação de sintomas

Como você está HOJE em relação a presença de sintomas? *

Sintomas da covid-19*

Sintomas mais comuns

 Tosse	 Febre	 Fadiga	 Congestão nasal
 Coriza	 Dor de garganta	 Dor de cabeça	 Diarreia
 Cansaço	 Dificuldade de respirar**		

*Pessoas infectadas não necessariamente apresentam todos os sintomas. Em alguns casos, podem não ter nenhum deles.
**Caso apresente este sintoma, procure um hospital ou serviço de saúde.

Fontes: Heloisa Ravagnani (SBI - DF), Paulo Sergio Ramos (Fiocruz Recife), OMS, NHS, CDC

Nenhum sintoma
 1 sintoma
 2 ou mais sintomas

BBC

Selecione qual o sintoma que teve hoje. *

Febre
 Calafrios
 Dor de garganta
 Dor de cabeça
 Tosse
 Coriza
 Diminuição ou perda de olfato
 Alterações no paladar
 Cansaço extremo ou fadiga
 Falta de ar
 Diarreia

Google Formulário

C. Lista de verificação de sinais e sintomas de COVID-19

Selecione qual ou quais os sintomas que teve hoje. *

	Sim	Não
Febre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Calafrios	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dor de garganta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dor de cabeça	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tosse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Coriza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diminuição ou perda de olfato	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alterações no paladar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cansaço extremo ou fadiga	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

D. Exposição desprotegida

- **Questões fechadas, com as opções “Sim” e “Não”;**
- **Se a resposta for “Sim”, abrirá uma nova lista de questões fechadas com as opções sobre exposição desprotegida.**



D. Exposição desprotegida

Exposição desprotegida a COVID-19

Você teve algum contato próximo e desprotegido com alguém com COVID-19 nos últimos 14 dias? *

- Sim
- Não

Qual foi o tipo de exposição? (Selecione qualquer tipo que possa ter ocorrido nos últimos 14 dias). *

- Contato domiciliar com pessoa que apresentou COVID-19.
- Contato com colega de trabalho que apresentou COVID-19 sem uso de equipamento de proteção individual (EPI) adequado (por exemplo, durante interação com sala de descanso ou copa)
- Contato com o paciente com COVID-19, sem o uso de equipamento de proteção individual (EPI)
- Não é aplicável

Se você teve uma exposição desprotegida com um colega de trabalho ou paciente com COVID-19, o que melhor descreve a situação? *

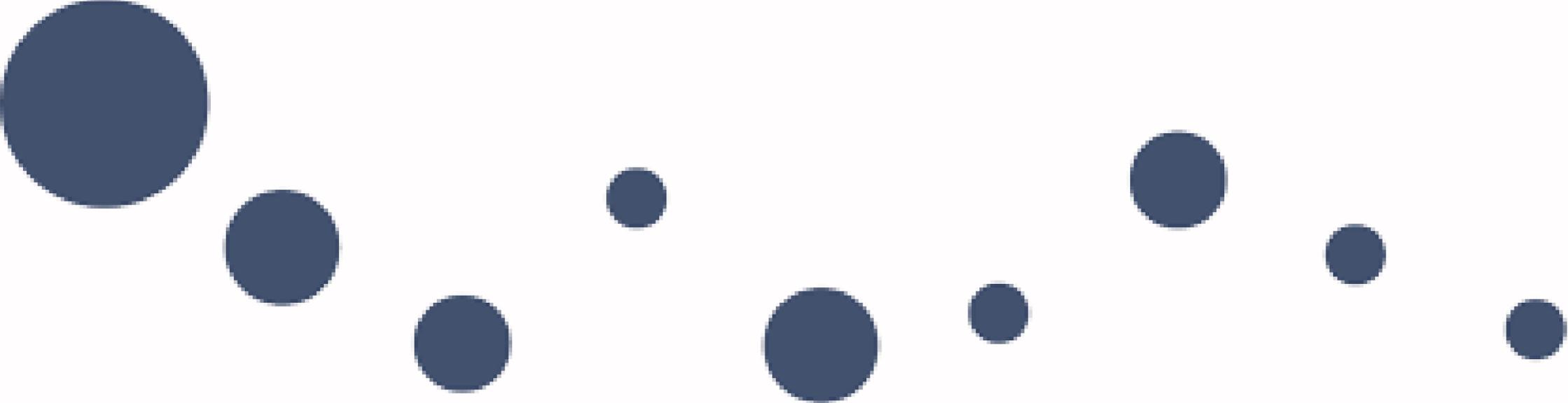
- Na sala de descanso e sem uso de máscara
- No quarto do paciente e sem a máscara adequada
- No quarto do paciente e sem luvas
- No quarto do paciente e sem adequada higienização das mãos
- Não é aplicável

Orientações para finalização do formulário

- **Ao término do preenchimento aparecerá o desfecho, a partir da quantidade de sintomas referida pelo profissional de saúde e uma orientação indicando a conduta que deve ser tomada;**
- **É preciso clicar no ícone “ENVIAR” para salvar as informações.**



ENVIAR



PREVCOVID-BR

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE COLETIVA

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP: 05403-000

Tel: (11) 3061-7652 FAX (11) 3061-7662

e-mail: prevcovid@usp.br - www.prevcovid-br.com.br