**APÊNDICE D**

**QUESTIONÁRIO:TRIAGEM DE PESSOAS COM CONDIÇÕES DE REALIZAREM ATIVIDADES PRESENCIAIS**

Obs.: Este questionário deverá ser respondido de forma individual, por todos os componentes da equipe que realizarão atividades presenciais (alunos, técnicos e professores)

Usuário:     ,

RG no     , CPF no     , Matrícula/Siape no     .

Data:Clique aqui para inserir uma data.

|  |  |
| --- | --- |
| 1) O(A) senhor(a) foi diagnosticado ou está diagnosticado com COVID- 19? | Sim  Não |
| 2) O(A) senhor(a) é responsável pelo cuidado de uma ou mais pessoas com suspeita ou confirmação de diagnóstico de infecção por COVID-19? | Sim  Não |
| 3) O(A) senhor(a) possui alguma imunodeficiência ou doenças preexistentes crônicas ou graves (diabetes, doença cardiovascular, hipertensão, câncer, doença renal crônica, imunodoeficiência, DPOC, doença neurológica, obesidade, asma, etc?) | Sim Não |
| 4) A senhora é gestante ou lactante? | Sim  Não |
| 5) O(A) senhor(a) possui filhos em idade escolar ou inferior que necessitam de assistência? | Sim   Não |
| 6) O(A) senhor(a) coabita com familiares que tenham **60 anos ou mais**, que possuam imunodeficiência, ou doenças preexistentes crônicas ou graves, que sejam gestantes ou lactantes ou que estejam responsáveis pelo cuidado de uma ou mais pessoas com suspeita ou confirmação de diagnóstico por infecção por COVID-19? | Sim  Não |
| Declaro ainda que estou ciente de que a prestação de informação falsa me sujeitará às sanções penais e administrativas previstas em lei.  João Pessoa,       de       de 20     .   |  |  | | --- | --- | |  |  | |  | **Assinatura** | | |