**ANEXO 1**

TRIAGEM SUSPEITA/CONFIRMAÇÃO COVID-19 ESTUDANTES OU ESTAGIÁRIOS DO IFES

Nome: \_

Curso:

Período: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Campus: \_

Fone: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1- Atualmente está ou esteve gripado(a) nos últimos 10 dias? ( ) Não

( ) Sim, desde qual data? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2- Atualmente tem ou teve nos últimos 10 dias os sintomas abaixo (marcar uma ou mais opções)?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ( ) Não, nenhum sintoma. |  | | |
| ( ) Dificuldade em Respirar | ( ) Febre | ( ) Tosse | ( ) Dor de cabeça |
| ( ) Dor de Garganta | ( ) Coriza | ( ) Perda total ou parcial do olfato | ( ) Perda total ou parcial do paladar |

( ) Outros sintomas.

Se sim, desde qual data? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3- Fez teste para o Novo Coronavírus nos últimos 10 dias?

* ( ) Não fiz o teste do cotonete (swab) até o momento;
* ( ) Fiz teste do cotonete (swab) com resultado positivo;
* ( ) Fiz teste do cotonete (swab) com resultado negativo;
* Data do teste? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Tipo de teste? ( ) RT-PCR ( ) Antígeno

4 – Qual foi a data de seu último comparecimento ao Campus? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5 – Na data do início dos sintomas, você esteve no Campus? (marcar uma das opções)

( ) não ( ) sim

Se sim, responda abaixo:

Qual foi o meio de transporte utilizado?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Em quais setores do Campus esteve? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Com quais pessoas teve contato próximo?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6 - Nos 2 dias anteriores ao início dos sintomas, você esteve no Campus? (marcar uma das opções) ( ) não ( ) sim

Se sim, responda abaixo:

Qual foi o meio de transporte utilizado?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Em quais setores do Campus esteve? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Com quais pessoas teve contato próximo?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

8 – Marcar uma das opções (obrigatório):

( ) Sou estudante no IFES;

( ) Sou estagiário no IFES;

( ) Estudo e faço estágio no IFES.

9 – Marcar uma das opções (obrigatório):

( ) Sou menor de idade e já comuniquei meus pais/responsáveis e meu Campus;

( ) Sou menor de idade e devo comunicar obrigatoriamente meus pais/responsáveis e meu Campus;

( ) Sou maior de idade e já comuniquei meu Campus;

( ) Sou maior de idade e devo comunicar obrigatoriamente meu Campus.

10- Tem ciência dos Riscos e das Medidas de Prevenção contra a COVID-19? (obrigatório)

( ) Não ( ) Sim

11 - Marcar (obrigatório):

( ) Declaro a veracidade das informações prestadas acima.

PASSO A PASSO SUSPEITA/CONFIRMAÇÃO COVID-19 ESTUDANTES OU ESTAGIÁRIOS DO IFES

Passo 1 >>> Menor de idade >>> Sim >>> Comunicar obrigatoriamente pais/responsáveis e o Campus

Passo 2 >>> Maior de idade >>> Sim >>> Comunicar obrigatoriamente o Campus

Passo 3 >>> Independentemente da idade >>> Preencher Triagem Suspeita/Confirmação COVID-19 Estudantes ou Estagiários do IFES.

Passo 4 >>> Procurar atendimento médico do SUS ou da rede privada e apresentar atestado médico (no caso de estudante, verificar essa necessidade junto ao Campus). Consequentemente, não comparecer no Campus presencialmente por 10 dias contados a partir do início dos sintomas, ou outro prazo, conforme atestado médico;

Passo 5 >>> Cumprido o prazo de isolamento de 10 dias (ou outro prazo, conforme atestado médico), observar se continua com febre e sintomas respiratórios (tosse, coriza, falta de ar):

-Se sim: retornar ao médico do SUS ou da rede privada para nova avaliação, devendo apresentar novo atestado, se necessário conforme exigência do campus.

-Se não: retornar a atividade presencial, caso não apresente sintomas respiratórios e febre nas últimas 24 horas.

**ANEXO 2**

TRIAGEM CONTATO COVID-19 ESTUDANTES OU ESTAGIÁRIOS DO IFES

Nome:

Curso:

Período: \_

Campus: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fone: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1-Esteve em contato com pessoa suspeita ou confirmada para COVID-19 nos últimos 10 dias? ( ) Não (questionário encerrado) ( ) Sim (prosseguir no questionário).

2- Se sim, marque a (s) opção (s) abaixo que melhor retrata a forma como ocorreu o seu contato com uma pessoa suspeita ou confirmada para COVID-19:

( ) Contato fisico direto (por exemplo, aperto de mãos, abraços ou outros tipos de contato);

( ) Contato direto desprotegido com secreções infecciosas (por exemplo, gotículas de tosse, contato sem proteção com tecido ou lenços de papel usados e que contenham secreções);

( ) Contato frente a frente por 15 minutos ou mais numa distância inferior a 1 metro, sem ambos utilizarem máscara facial ou utilizarem de forma incorreta;

( ) Esteve em um ambiente fechado (por exemplo, sala de aula, sala de reunião, sala de espera) por 15 minutos ou mais e a uma distância inferior a 1 metro;

( ) Permaneceu a menos de 1 metro de distância durante transporte por mais de quinze minutos;

( ) Você é um proﬁssional da saúde ou outra pessoa que cuide diretamente de um caso de COVID-19; ou trabalhadores de laboratório que manipulam amostras de um caso de COVID-19 sem Equipamento de Proteção Individual (EPI) recomendado ou com uma possível violação do EPI;

( ) Você era um passageiro de uma aeronave sentado no raio de dois assentos de distância (em qualquer direção) de um caso conﬁrmado de COVID-19; seus acompanhantes ou cuidadores e os tripulantes que trabalharam na seção da aeronave em que o caso estava sentado.

( ) Você é residente da mesma casa, colega de dormitório ou alojamento de um caso suspeito ou confirmado de COVID-19;

3- Qual foi a data do último contato? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4- Responder apenas se o caso suspeito ou confirmado for residente da mesma casa, colega de dormitório ou alojamento:

Qual a data do início dos sintomas do caso suspeito ou confirmado?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5 – Marcar uma das opções (obrigatório):

( ) Sou estudante no IFES;

( ) Sou estagiário no IFES;

( ) Estudo e faço estágio no IFES.

6 – Marcar uma das opções (obrigatório):

( ) Sou menor de idade e já comuniquei meus pais/responsáveis e meu Campus;

( ) Sou menor de idade e devo comunicar obrigatoriamente meus pais/responsáveis e meu Campus;

( ) Sou maior de idade e já comuniquei meu Campus;

( ) Sou maior de idade e devo comunicar obrigatoriamente meu Campus.

7 – Tem ciência dos Riscos e das Medidas de Prevenção contra a COVID-19? (obrigatório)

( ) Sim ( ) Não

8 – Marcar (obrigatório):

( ) Declaro a veracidade das informações prestadas acima.

PASSO A PASSO CONTATO COVID-19 ESTUDANTES OU ESTAGIÁRIOS DO IFES

Passo 1 >>> Menor de idade >>> Sim >>> Comunicar obrigatoriamente pais/responsáveis e o Campus

Passo 2 >>> Maior de idade >>> Sim >>> Comunicar obrigatoriamente o Campus

Passo 3 >>> Independentemente da idade >>> Preencher Triagem Contato COVID-19 Estudantes ou Estagiários do IFES.

Passo 4 >>>Procurar atendimento médico do SUS ou da rede privada e apresentar atestado médico (no caso de estudante, verificar essa necessidade junto ao Campus). Consequentemente, não permanecer no Campus e não comparecer presencialmente por 10 dias contados do último contato ou outro prazo, conforme atestado médico;

Passo 5 >>> Caso inicie sintomas, passar para Triagem e Passo a Passo Suspeita/Confirmação COVID-19 Estudantes ou Estagiários do IFES.

**ANEXO 3**

TRIAGEM SUSPEITA/CONFIRMAÇÃO COVID-19 SERVIDORES, EMPREGADOS PÚBLICOS, TRABALHADORES TEMPORÁRIOS OU TERCEIRIZADOS DO IFES

Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

SIAPE (exceto terceirizados): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cargo:

Coordenadoria: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Campus: \_

Fone: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1 – Atualmente está ou esteve gripado(a) nos últimos 10 dias? ( ) Não

( ) Sim, desde qual data?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2 – Atualmente tem ou teve nos últimos 10 dias os sintomas abaixo? (marcar uma ou mais opções)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ( ) Não, nenhum sintoma. |  | | |
| ( ) Dificuldade em Respirar | ( ) Febre | ( ) Tosse | ( ) Dor de cabeça |
| ( ) Dor de Garganta | ( ) Coriza | ( ) Perda total ou parcial do olfato | ( ) Perda total ou parcial do paladar |

( ) Outros sintomas.

Se sim, desde qual data?\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3 – Fez teste para o Novo Coronavírus nos últimos 10 dias?

* ( ) Não fiz o teste do cotonete (swab) até o momento;
* ( ) Fiz teste do cotonete (swab) com resultado positivo;
* ( ) Fiz teste do cotonete (swab) com resultado negativo;
* Data do teste? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Tipo de teste? ( ) RT-PCR ( ) Antígeno

4 – Qual foi a data de seu último comparecimento ao Campus? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5 – Na data do início dos sintomas, você esteve no Campus? (marcar uma das opções)

( ) não ( ) sim

Se sim, responda abaixo:

Qual foi o meio de transporte utilizado?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Em quais setores do Campus esteve? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Com quais pessoas teve contato próximo?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6 - Nos 2 dias anteriores ao início dos sintomas, você esteve no Campus? (marcar uma das opções) ( ) não ( ) sim

Se sim, responda abaixo:

Qual foi o meio de transporte utilizado?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Em quais setores do Campus esteve? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Com quais pessoas teve contato próximo?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7 – Marcar (obrigatório):

( ) Já comuniquei minha chefia imediata.

( ) Devo comunicar obrigatoriamente minha chefia imediata.

8 – Tem ciência dos Riscos e das Medidas de Prevenção contra a COVID-19? (obrigatório)

( ) Sim ( ) Não

9 – Marcar (obrigatório):

( ) Declaro a veracidade das informações prestadas acima.

PASSO A PASSO SUSPEITA/CONFIRMAÇÃO COVID-19 SERVIDORES, EMPREGADOS PÚBLICOS, TRABALHADORES TEMPORÁRIOS OU TERCEIRIZADOS DO IFES

Passo 1 >>> Comunicar obrigatoriamente à chefia imediata;

Passo 2 >>> Preencher Triagem Suspeita/Confirmação COVID-19 Servidores, Empregados Públicos, Trabalhadores Temporários ou Terceirizados do IFES e encaminhar para o responsável pelo recebimento deste documento no campus.

Passo 3 >>> Procurar atendimento médico do SUS ou da rede privada e apresentar atestado médico à CASS. Consequentemente, não permanecer no campus/Reitoria e não comparecer presencialmente por 10 dias contados a partir do início dos sintomas, ou outro prazo, conforme atestado médico;

Passo 4 >>> Cumprido o prazo de isolamento de 10 dias (ou outro prazo, conforme atestado médico), observar se continua com febre e sintomas respiratórios (tosse, coriza, falta de ar):

* Se sim: retornar ao médico do SUS ou da rede privada para nova avaliação, devendo apresentar novo atestado.
* Se não: retornar ao trabalho presencial, caso não apresente sintomas respiratórios e febre nas últimas 24 horas.

**ANEXO 4**

TRIAGEM CONTATO COVID-19 SERVIDORES, EMPREGADOS PÚBLICOS, TRABALHADORES TEMPORÁRIOS OU TERCEIRIZADOS DO IFES

Nome: \_\_\_

SIAPE (exceto terceirizados): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cargo:

Coordenadoria: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Campus: \_

Fone: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1-Esteve em contato com pessoa suspeita ou confirmada para COVID-19 nos últimos 10 dias? ( ) Não (questionário encerrado) ( ) Sim (prosseguir no questionário).

2- Se sim, marque a (s) opção (s) abaixo que melhor retrata a forma como ocorreu o seu contato com uma pessoa suspeita ou confirmada para COVID-19:

( ) Contato fisico direto (por exemplo, aperto de mãos, abraços ou outros tipos de contato);

( ) Contato direto desprotegido com secreções infecciosas (por exemplo, gotículas de tosse, contato sem proteção com tecido ou lenços de papel usados e que contenham secreções);

( ) Contato frente a frente por 15 minutos ou mais numa distância inferior a 1 metro, sem ambos utilizarem máscara facial ou utilizarem de forma incorreta;

( ) Esteve em um ambiente fechado (por exemplo, sala de aula, sala de reunião, sala de espera) por 15 minutos ou mais e a uma distância inferior a 1 metro;

( ) Permaneceu a menos de 1 metro de distância durante transporte por mais de quinze minutos;

( ) Você é um proﬁssional da saúde ou outra pessoa que cuide diretamente de um caso de COVID-19; ou trabalhadores de laboratório que manipulam amostras de um caso de COVID-19 sem Equipamento de Proteção Individual (EPI) recomendado ou com uma possível violação do EPI;

( ) Você era um passageiro de uma aeronave sentado no raio de dois assentos de distância (em qualquer direção) de um caso conﬁrmado de COVID-19; seus acompanhantes ou cuidadores e os tripulantes que trabalharam na seção da aeronave em que o caso estava sentado.

( ) Você é residente da mesma casa, colega de dormitório ou alojamento de um caso suspeito ou confirmado de COVID-19;

3-Qual foi a data do último contato? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4 – Responder apenas se o caso suspeito ou confirmado for residente da mesma casa, colega de dormitório ou alojamento:

Qual a data do início dos sintomas do caso suspeito ou confirmado? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5 – Marcar (obrigatório):

( ) Já comuniquei minha chefia imediata;

( ) Devo comunicar obrigatoriamente minha chefia imediata.

6 – Tem ciência dos Riscos e das Medidas de Prevenção contra a COVID-19? (obrigatório)

( ) Sim ( ) Não

7 – Marcar (obrigatório):

( ) Declaro a veracidade das informações prestadas acima.

PASSO A PASSO CONTATO COVID-19 SERVIDORES, EMPREGADOS PÚBLICOS, TRABALHADORES TEMPORÁRIOS OU TERCEIRIZADOS DO IFES

Passo 1 >>> Comunicar obrigatoriamente chefia imediata;

Passo 2 >>> Preencher Triagem Contato COVID-19 Servidores, Empregados Públicos, Trabalhadoes Temporários ou Terceirizados do IFES e encaminhar para o responsável pelo recebimento deste documento no campus.

Passo 3 >>> Procurar atendimento médico do SUS ou da rede privada e apresentar atestado médico à CASS. Consequentemente, não permanecer no campus/Reitoria e não comparecer presencialmente por 10 dias contados a partir do início dos sintomas, ou outro prazo, conforme atestado médico;

Passo 4 >>> Caso inicie sintomas, passar para Triagem e Passo a Passo Suspeita/Confirmação COVID-19 Servidores, Empregados Públicos, Trabalhadores Temporários ou Terceirizados do IFES.