

**QUESTIONÁRIO TRIAGEM DE PACIENTES PARA TESTES DE FUNÇÃO PULMONAR SBPT/ERS/ATS**

Nome do paciente: \_\_\_\_\_

Tipo de teste solicitado \_\_\_\_\_ Diagnóstico \_\_\_\_\_

Médico que solicitou exame:  
\_\_\_\_\_

**Data e hora de preenchimento** \_\_\_\_\_

Endereço residencial (Rua /Bairro/Cidade/Estado/ País): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Realizou teste COVID-19? Sim ( ) Não ( ). Se sim, qual tipo de teste? \_\_\_\_\_

Qual resultado? \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Já realizou teste de função pulmonar? Sim ( ) Não ( ). Data do teste: \_\_\_\_\_

Qual teste? \_\_\_\_\_

**Triagem por telefone:**

Tem realizado seu automonitoramento? Sim ( ) Não ( )

Você pratica o distanciamento social? Sim ( ) Não ( )

Situação de moradia: Vive sozinho? Vive com parceiro? Família – quantos membros? Grupo Multifamiliar – quantos membros? Clínica de repouso? Descrever: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Algum membro da família esteve doente recentemente? Sim ( ) Não ( ). Se sim, descrever qual foi a doença diagnosticada: \_\_\_\_\_

Profissão atual: \_\_\_\_\_ Está trabalhando de casa? \_\_\_\_\_

Você é considerado um "trabalhador essencial"? \_\_\_\_\_

Local de trabalho: Cidade / Estado \_\_\_\_\_

Algum de seus colegas de trabalho ficou doente recentemente ou fez diagnóstico de COVID-19? \_\_\_\_\_

Histórico de viagens - últimas 6 semanas:  
\_\_\_\_\_

**Revisão de sintomas (assinale os positivos):**

( ) Febre ( ) Calafrios ( ) Tosse ( ) Dor de garganta ( ) Respiração curta/ Aperto no peito

( ) Perda do paladar ou olfato ( ) Nariz escorrendo ( ) Congestão nasal ( ) Dor de cabeça

( ) Fadiga acentuada/exaustão ( ) Dor muscular ( ) Diarreia ( ) Conjuntivite

Atenção: Questionar sobre algum sintoma novo e inexplicável? \_\_\_\_\_

**Avaliação final:** \_\_ Paciente de baixo risco \_\_ Comunidade de baixo risco \_\_ Paciente de alto risco \_\_ Comunidade de alto risco