

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MATO GROSSO DO SUL
COMITÊ MULTIDISCIPLINAR DE AÇÕES DE URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS EM
SAÚDE DA FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MATO GROSSO DO SUL
(CAUES/UEMS)

CHECK LIST PARA AVALIAÇÃO DE RISCO¹

Nome: _____

Curso: _____

Telefone para contato: (____) _____ Outro (se houver) _____

E-mail: _____ E-mail alternativo: _____

Questionar	Sugestão de Conduta
1) Teve febre ou experiência de febre nos últimos 14 dias.	Orienta-se que aguarde o período de 14 dias para utilização das dependências da UEMS.
2) Experimentou início dos seguintes sintomas nos últimos 14 dias: tosse, dificuldade respiratória, dor de garganta, perda do paladar e/ou olfato, dores no corpo, dores de cabeça e calafrios.	Orienta-se que aguarde o período de 14 dias para utilização das dependências da UEMS.
3) Viajou nos últimos 14 dias para alguma localidade com acima de 100 casos notificados pelo novo Coronavírus.	Orienta-se que aguarde o período mínimo de 7 dias em isolamento domiciliar a contar da data de chegada no local, após este período, poderá utilizar as dependências da UEMS.
4) Teve contato com paciente com infecção confirmada pelo novo Coronavírus nos últimos 14 dias.	Orienta-se que aguarde o período de 14 dias para utilização das dependências da UEMS.
5) Teve contato com pessoas que vieram de alguma localidade com notificação do novo Coronavírus.	Seguir normas de Biossegurança e informar o Comitê Local de Biossegurança caso apresente sintomas de COVID 19.
6) Teve contato com pessoas com febre ou problemas respiratórios iniciados nos últimos 14 dias.	Seguir normas de Biossegurança e informar o Comitê Local de Biossegurança caso apresente sintomas de COVID 19.
7) Participou recentemente de algum encontro, reuniões ou teve contato próximo com muitas pessoas desconhecidas.	Seguir normas de Biossegurança e informar o Comitê Local de Biossegurança caso apresente sintomas de COVID 19.

- Orientar o acadêmico/servidor que não compareça com acompanhante na unidade universitária, mas, caso não seja possível, solicitamos que o acompanhante permaneça aguardando fora das salas/laboratórios, em local ventilado e aberto.
- Se a pessoa respondeu positivamente nos itens 1, 2, 3 ou 4, a UU deverá comunicar o serviço de Saúde Local imediatamente.

_____, ____ de _____ de 2020.

Assinatura do acadêmico/servidor