Questionário de Avaliação do Risco e Deteção Precoce
Sector do Turismo

A Autoridade de Saúde da Região Autónoma da Madeira pretende monitorizar o risco associado à doença pelo novo Coronavírus (COVID-19). Assim, solicitamos a sua colaboração, como profissional do sector, no preenchimento deste inquérito, no primeiro contacto com os clientes ou passageiros.

Caso responda SIM a pelo menos 1 critério epidemiológico e 1 critério clínico (ou identificou o critério clínico grave isoladamente), está identificado um risco, e necessita de uma avaliação adicional por um profissional de saúde. Por favor, contacte de imediato a linha de apoio SRS24 Madeira – 800 24 24 20. Mantenha o isolamento até validação da suspeita e orientação pelos profissionais deste serviço. Informe a entidade responsável do V. serviço/instituição, evitando o contacto físico com outras pessoas.

Se NÃO cumpre estes critérios, não constitui um caso suspeito, devendo manter apenas as medidas gerais de proteção. Lembramos que o reforço da higiene das mãos e da etiqueta respiratória são determinantes para a prevenção e controlo da infeção, pelo que devem ser reforçados em todos os momentos.

Se respondeu SIM apenas a 1 critério epidemiológico, deve manter a autovigilância. Se desenvolver os sintomas abaixo (critérios clínicos), deve contactar a linha SRS24 Madeira.

Após preenchimento, este questionário deve ser encaminhado para a autoridade de saúde regional, conforme nota abaixo.

Nome: _____

Género: ☐ Feminino ☐ Masculino ☐ Outro

Data de Nascimento: ___/___/_____ **Data do preenchimento do questionário:** ___/___/_____

Número de Utente de Saúde: _____ **Contato telefónico:**_____

CRITÉRIOS	RESPOSTA	
CRITÉRIOS EPIDEMIOLÓGICOS		
História de viagem ou residência em **áreas com transmissão comunitária ativa**, nos 14 dias antes do início de sintomas.	☐ SIM	☐ NÃO
Contacto com caso confirmado ou provável de infeção por SARS-CoV-2 ou COVID-19, nos 14 dias antes do início dos sintomas.	☐ SIM	☐ NÃO
CRITÉRIOS CLÍNICOS		
Infeção respiratória aguda: ☐ Febre ou ☐ Tosse ou ☐ dificuldade respiratória Data início dos sintomas: ____/____/_____	☐ SIM	☐ NÃO
CRITÉRIO CLÍNICO GRAVE, SEM CAUSA IDENTIFICADA		
☐ Infeção respiratória aguda grave, requerendo hospitalização, sem outra etiologia (causa) Data início dos sintomas: ____/____/_____	☐ SIM	☐ NÃO
CASO SUSPEITO – Critério clínico E critério epidemiológico OU Critério clínico grave, sem causa identificada. **CONTATO PRÓXIMO – Critério epidemiológico E Ausência de critério clínico**	**INQUÉRITO POSITIVO**	

Unidade Hoteleira/Instituição: _____

Entidade Responsável: _____

[1]Áreas com transmissão comunitária ativa (09/03/2020, sujeito a alteração) – consultar site:

- Ásia – China, Coreia do Sul, Japão, Singapura
- Médio Oriente – Irão
- Europa – Itália

Nota.: Todos os inquéritos preenchidos em papel, a cada semana (2ª a domingo), devem ser reportados pela instituição responsável ao IASAÚDE, IP-RAM, até a 2ª feira da semana seguinte.

[1] https://www.dgs.pt/pagina-de-entrada3/corona-virus/organizacoes-internacionais.aspx