



FEDERAÇÃO PAULISTA DE BASKETBALL

Fundada em 24.04.1924

QUESTIONÁRIO DIÁRIO DE SINTOMAS E EXPOSIÇÃO AO CONTÁGIO DA COVID-19

As Portarias PREF 724, de 10 de julho de 2020, e 747, de 17 de julho de 2020, autorizam, respectivamente, o atendimento ao público do setor de academias de esporte e similares, e atividades presenciais práticas em centros de treinamentos esportivos de alto rendimento.

A Portaria SGM 185, de 08 de julho de 2020, prevê que os envolvidos em atividades esportivas respondam, a cada sessão, a uma pesquisa em caráter informativo sobre os sintomas da COVID-19.

Este questionário permite a identificação e o encaminhamento apropriado, garantindo a segurança individual e coletiva. É importante ressaltar que o questionário é autodeclarado e, por isso, ao preenchê-lo você assume a responsabilidade pela veracidade das informações fornecidas.

Ao enviar o questionário respondido, estou ciente de que o praticante que não preencher o questionário será impedido de atuar, sendo que exercer esta atividade durante esse período é opcional.

***Obrigatório**

Quem está respondendo a esse Questionário? (Nome completo) *

Telefone contato: * Endereço e-mail: *

Nome completo do participante: *

Idade: * Data de hoje: * / / 2021

Qual a atividade que está exercendo*: () atleta () comissão técnica () arbitragem

Está com dificuldades de respirar? * Sim () Não ()

Está apresentando cansaço anormal? * Sim () Não ()

Está apresentando febre ou sensação febril? * Sim () Não ()

Está apresentando tosse? * Sim () Não ()

Está apresentando perda no paladar ou do olfato? * Sim () Não ()



FEDERAÇÃO PAULISTA DE BASKETBALL

Fundada em 24.04.1924

Está apresentando dor no corpo importante ou que chame a atenção? * Sim () Não ()

Está apresentando dor de garganta? * Sim () Não ()

Está apresentando congestão nasal? * Sim () Não ()

Está apresentando diarreia? * Sim () Não ()

Está apresentando manchas vermelhas no corpo? * Sim () Não ()

Esteve perto de alguém apresentando algum desses sintomas nos últimos 14 dias? * Sim () Não ()

Mora com alguém doente ou em quarentena? * Sim () Não ()

Pertence ao grupo de risco? São considerados como grupo de risco, além daqueles a partir de 60 anos, os portadores de doenças pulmonares [Asma, Bronquite e Enfisema], doenças cardiovasculares [Hipertensão, Infarto prévio, Insuficiência Cardíaca e Miocardiopatias], diabetes, obesidade e imunodeficiências. * Sim () Não ()

Local _____ Data _____

Assinatura do participante