

ANEXO I - DOENÇAS CRÔNICAS E SITUAÇÕES DE IMUNODEPRESSÃO

- Doença Respiratória Crônica
- Asma Grave em uso de corticóide sistêmico
- DPOC
- Bronquiectasia
- Fibrose Cística
- Doenças Intersticiais do pulmão
- Displasia Broncopulmonar
- Hipertensão Pulmonar
- Doença cardíaca crônica
- Doença cardíaca congênita
- Doença cardíaca sistêmica
- Insuficiência cardíaca
- Doença renal crônica
- Doença renal nos estágios 3, 4 e 5
- Síndrome nefrótica
- Paciente em diálise
- Doença hepática crônica
- Hepatites crônicas
- Cirrose
- Doenças hereditárias e degenerativas do sistema nervoso ou muscular
- Diabetes
- Diabetes Mellitus tipo I e tipo II em uso de medicamentos
- Imunossupressão
- Imunodeficiência congênita ou adquirida
- Imunossupressão por doenças ou medicamentos
- Transplantados

ANEXO II

Questionário para fins de prevenção da transmissão do COVID-19 (Coronavírus), bem como para subsidiar as ações necessárias para o controle de acesso às dependências do Senado Federal e auxiliar na definição da modalidade de trabalho. (Ato do Presidente nº 2, de 2020, Ato do Presidente nº 3, de 2020 e da Diretoria-Geral nº 4, de 2020)

Dados do (a) colaborador (a):

Nome: _____

Empresa: _____

Contrato: _____

Local de prestação de serviço no Senado Federal: _____

Endereço residencial: _____

Nºs de telefones: _____

Presta serviços ao Senado: ☐ Exclusivamente ☐ Eventualmente

1. O (a) colaborador (a) transitou por países com reconhecida transmissão local do COVID-19, conforme lista elaborada pelo Ministério da Saúde (MS) (**disponível no site <http://plataforma.saude.gov.br/novocoronavirus/>**) e divulgada na forma do art. 5º do Ato da Diretoria-Geral, com data de retorno ao Brasil no ano de 2020?

☐ NÃO ☐ SIM - País: _____ Data do regresso ao Brasil: ____/____/____

1.1. Caso a resposta à pergunta "1" seja "SIM", o (a) colaborador (a) apresenta sintomas respiratórios ou febre?

☐ NÃO ☐ SIM

1.2. Caso a resposta à pergunta "1.1" seja "SIM", o (a) colaborador (a) procurou ajuda médica?

☐ NÃO ☐ SIM

Obs.: Caso a resposta à primeira pergunta seja "SIM", o empregado deverá comunicar imediatamente tal circunstância à chefia imediata / fiscal do contrato.

2. O (a) colaborador (a) teve **contato próximo** (vide observação abaixo) com **casos suspeitos** (vide observação abaixo) ou confirmados de COVID-19?

☐ NÃO ☐ SIM - Data do Contato: ____/____/____

2.1. Caso a resposta à pergunta "2" seja "SIM", descreva a circunstância:

2.2. Caso a resposta à pergunta "2" seja "SIM", o (a) colaborador (a) apresenta sintomas respiratórios ou febre?

☐ NÃO ☐ SIM

2.3. Caso a resposta à pergunta "2.2" seja "SIM", o (a) colaborador (a) procurou ajuda médica?

☐ NÃO ☐ SIM

Obs.: 1. Considera-se **caso suspeito** aquele que estiver sob tratamento médico em procedimento de investigação para confirmação da infecção por Covid-19.

2. Considera-se **contato próximo** estar a aproximadamente dois metros de um paciente com suspeita de contaminação por Covid-19, dentro da mesma sala ou área de atendimento, por um período prolongado,

sem uso de equipamento de proteção individual.

3. O(a) colaborador(a) apresenta sintomas respiratórios ou febre, sem histórico de contato com casos suspeitos ou confirmados?

☐ NÃO ☐ SIM

3.1. Caso a resposta à pergunta "3" seja "SIM", o (a) colaborador (a) buscou auxílio médico?

☐ NÃO ☐ SIM - Data de início do atendimento: ____/____/____

Obs.: No caso de suspeita ou confirmação de COVID-19 o empregado deverá informar imediatamente ao Fiscal do respectivo contrato.

4. Perguntas específicas acerca dos(as) colaboradores(as), respectivas à prevenção e contenção da COVID 19:

4.1. Idade: _____

4.2. É Gestante? ☐ NÃO ☐ SIM

4.3. É imunodeprimido? ☐ NÃO ☐ SIM - Motivo _____

4.4 É portador de doenças crônicas? ☐ NÃO ☐ SIM - Descreva: _____

Obs.: Caso a idade seja superior à 65 anos, ou alguma das respostas do campo 4 seja positiva, o superior imediato deverá ser comunicado e receber cópia desse formulário, devidamente preenchido.

O Serviço Médico do Senado Federal poderá requisitar documentação complementar ou o comparecimento do (a) colaborador (a).

E-mail para comunicação com o Serviço Médico do Senado Federal: siscorona@senado.leg.br

Colaborador (a)

Data: ____/____/2020