



Médicos Voluntários do Brasil

* Required

Sintomas

Já está sendo atendido por algum médico? Se sim qual o nome e telefone? *

Your answer

Você foi vacinado? Se sim, marque a vacina que tomou! *

- ☐ Não fui vacinado
- ☐ Coronavac
- ☐ Oxford/Astrazeneca
- ☐ Pfizer
- ☐ Janssen
- ☐ Other: _____

Com relação a vacina tomou quantas doses? *

- ☐ Uma dose
- ☐ Duas doses
- ☐ Não tomei

Com relação a SEGUNDA dose da vacina, os sintomas começaram quando? *

- ☐ Após 15 dias ou mais
- ☐ Há menos de 15 dias
- ☐ Não tomei

Se realizou o teste para Coronavírus, qual foi o resultado? *

- ☐ Detectado
- ☐ Não detectado
- ☐ Não realizei

Você está com falta de ar? *

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não sei dizer

Você está com febre? *

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não sei dizer

Você está com tosse frequente? *

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não sei dizer

Você está com alguma confusão mental? *

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não sei dizer

Você está com sensação de desmaio? *

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não sei dizer

Você é calvo (careca)?

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não sei dizer

Existe a possibilidade de estar grávida?

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não sei dizer

Você tem bebê que mama no peito?

- ☐ Sim
- ☐ Não

Qual a idade do bebê? (apenas números)

Your answer

Você mediu sua saturação? Se sim, qual o resultado? *

Your answer

Temperatura média *

- ☐ abaixo de 35,4° C
- ☐ entre 35,4° C e 37,2° C
- ☐ entre 37,4° C e 38° C
- ☐ entre 38,1° C e 38,9° C
- ☐ entre 39° e 39,9° C
- ☐ acima de 40° C

Quais sintomas da lista abaixo você apresenta? *

- ☐ Dor no corpo
- ☐ Dor de cabeça
- ☐ Dor de garganta
- ☐ Tosse seca
- ☐ Tosse com catarro
- ☐ Dificuldade para respirar
- ☐ Cansaço
- ☐ Náusea
- ☐ Nenhuma dessas opções
- ☐ Other: _____

Além dos sintomas anteriores você apresenta algum da lista abaixo? *

- ☐ Boca ou ponta dos dedos roxa
- ☐ Dor no peito
- ☐ Dor nas articulações
- ☐ Dificuldade para respirar
- ☐ Olhos inchados
- ☐ Palidez
- ☐ Pressão baixa
- ☐ Respiração curta e rápida
- ☐ Tosse com sangue
- ☐ Nenhuma dessas opções
- ☐ Other: _____

Tem alguma deficiência? *

- ☐ Física
- ☐ Auditiva
- ☐ Visual
- ☐ Mental
- ☐ Não tenho nenhuma deficiência
- ☐ Other: _____

Possui alguma doença crônica? *

- ☐ Cardiopatia
- ☐ Câncer
- ☐ Diabetes
- ☐ Doença Respiratória Crônica
- ☐ Doença Renal Crônica
- ☐ Doença Hepática Crônica
- ☐ Imunodeficiência
- ☐ Pressão alta
- ☐ Obesidade/ Gordura Abdominal
- ☐ Não tenho doenças crônicas
- ☐ Other: _____

Você é alérgico a algum medicamento? Se sim, Qual? *

Your answer

Back

Next

Never submit passwords through Google Forms.

This content is neither created nor endorsed by Google. [Report Abuse](#) - [Terms of Service](#) - [Privacy Policy](#)