



REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA  
GOVERNO REGIONAL  
SECRETARIA REGIONAL DE SAÚDE E PROTEÇÃO CIVIL  
INSTITUTO DE ADMINISTRAÇÃO DA SAÚDE, IP-RAM

CIRCULAR  
INFORMATIVA

Instituto de Administração da  
Saúde, IP-RAM

S 96 CI  
18-5-2020 0 . 0 . 0 . 0  
Original

**Assunto: COVID-19 - Questionário de Avaliação do Risco e Detecção Precoce**

**Para: Unidades de Saúde e Profissionais do Sistema Regional de Saúde; Serviço Regional de Proteção Civil, IP-RAM; Direção Regional de Educação, Direção Regional de Juventude e Desporto, ACIF/Empresas, Associações, Casas do Povo, ANAFRE, AMRAM, Diocese do Funchal; Direção Regional do Turismo; APRAM, ANA, SA - Madeira; Associação Comercial e Industrial do Funchal – Câmara de Comércio e Indústria da Madeira (ACIF-CCIM).**

No âmbito da resposta a infeções emergentes, assinala-se a importância de avaliação do risco de infeção na admissão em qualquer unidade de saúde do Sistema Regional de Saúde, nas empresas, na hotelaria e similares e demais estruturas na comunidade.

Neste contexto, o IASAÚDE, IP-RAM atualizou o questionário de avaliação do risco e deteção precoce para a Infeção por Novo Coronavírus, disponibilizando um novo modelo ([modelo IASAÚDE 395.01](#)), que substitui os anteriores<sup>1</sup> a aplicar na comunidade, de forma **facultativa**.

Este questionário está disponível para *download* e impressão ou para preenchimento *online* na plataforma deste Instituto, através do site COVID-19: <https://covidmadeira.pt/> Nesta opção, cada entidade/unidade pode fazer o seu registo para aceder ao questionário eletrónico. Os dados introduzidos na plataforma digital são processados automaticamente.

A compilação dos resultados desta monitorização em cada Instituição aderente deverá ser remetida com uma periodicidade mensal (em ficheiro *excel*), a este Instituto, através do endereço postal ou por *e-mail* (em rodapé).

Alerta-se que não é necessário o envio de cópia de todos os questionários preenchidos, como aconteceu na generalidade das remessas a este Instituto.

A presente circular revoga as circulares informativas n.º 67 e 68 de 10/03/2020.

O Presidente do Conselho Diretivo

Herberto Jesus

Anexos: COVID-19 - Questionário de Avaliação do Risco e Detecção Precoce – Versão portuguesa (mod.395.01) e inglesa (mod.395.01 EN).

DSPAG - BG/IM

<sup>1</sup> Modelos IASAÚDE 389.03; 390.03; 390.03 V. EN; e 392.02.



## Questionário de Avaliação do Risco e Detecção Precoce

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nome: _____		
Morada: _____		Concelho: _____
Contato telef.: _____		E-mail: _____
Data de nascimento: ___/___/___ N.º Cartão de utente: _____		
DADOS EPIDEMIOLÓGICOS		RESPOSTA
História de viagem ou residência em áreas com casos confirmados de COVID-19, nos últimos 14 dias.		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Contacto com caso confirmado ou provável de infeção por SARS-CoV-2 ou COVID-19, nos últimos 14 dias.		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
DADOS CLÍNICOS		
Tosse OU Febre OU Dificuldade respiratória		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Teste para COVID-19, nas últimas 72 horas. Tipo de teste: _____ Data do Teste: ___/___/___ Resultado: _____ Instituição em que foi realizado _____		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Data de início dos sintomas		___/___/___

### Atenção:

Todas as pessoas que desenvolvam um quadro respiratório agudo de tosse (persistente ou agravamento de tosse habitual) ou febre (temperatura  $\geq 38^{\circ}\text{C}$ ) ou dispneia/dificuldade respiratória devem ser identificados como caso suspeito de COVID-19.

Deve ser isolado imediatamente e ativada a resposta prevista no âmbito do plano de contingência da instituição em que se encontra (Linha SRS24 – 800 24 24 20).

**Obrigado pela Colaboração!**

## Questionnaire for Risk Assessment and Early Detection

Date: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Name: _____		
Address: _____		
Personal Contact.: _____		E-mail: _____
Date of Birth: ___/___/___ Health Number (if available): _____		
EPIDEMIOLOGICAL DATA		RESPONSE
History of travel or residence in <b>areas with confirmed cases of COVID-19</b> , in the last 14 days.		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
Contact with a confirmed or probable case of infection by SARS-CoV-2 or COVID-19, in the last 14 days.		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
CLINICAL DATA		
Cough OR Fever OR Shortness of breath		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
Test for COVID-19, in the last 72 hours.		
Test Type: _____		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
Test Date: ___/___/___ Result: _____		
Institution where it was held _____		
Date of onset of the symptoms		___/___/___

### Attention:

All persons who develop an acute respiratory syndrome (with persistent or worsening of usual cough) or fever (temperature > 38°C) or dyspnoea/difficulty breathing should be identified as a suspected case of COVID-19.

The person following the procedures described in the contingency plan of the institution must be immediately isolated, and the emergency response should be activated (Line SRS24 – 800 24 24 20).

**Thanks for the collaboration!**