

## TELEATENDIMENTO DURANTE O PERÍODO DE QUARENTENA POR CAUSA DO CORONAVÍRUS

Data: \_\_\_\_\_ Pesquisador que fez o teleatendimento: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Prontuário: \_\_\_\_\_

Médico responsável: \_\_\_\_\_

Última consulta presencial: \_\_\_\_\_ Última sessão reabilitação: \_\_\_\_\_

### **Questionário para teleacompanhamento (perguntar em relação ao mês que passou)**

| <i>Entendendo o estado geral de saúde</i>                                  |                                                      |                                                                       |
|----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| 1                                                                          | Está se sentindo bem?                                | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não _____       |
| 2                                                                          | Tomou os remédios regularmente?                      | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não _____       |
| 3                                                                          | Está mantendo seu peso corporal?                     | <input type="checkbox"/> Sim _____ <input type="checkbox"/> Não _____ |
| 4                                                                          | Tem se alimentado bem?                               | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não _____       |
| 5                                                                          | Tem controlado a ingestão de líquidos?               | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não _____       |
| <i>Entendendo a funcionalidade e possíveis limitações atuais</i>           |                                                      |                                                                       |
| 6                                                                          | Está conseguindo cuidar de sua higiene sem ajuda?    | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não _____       |
| 7                                                                          | Tem se mantido ativo em casa?                        | <input type="checkbox"/> Sim _____ <input type="checkbox"/> Não _____ |
| 8                                                                          | Está cuidando de filhos ou netos em casa?            | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não _____       |
| 9                                                                          | Apresentou falta de ar ao deitar?                    | <input type="checkbox"/> Sim _____ <input type="checkbox"/> Não _____ |
| 10                                                                         | Apresentou dor no peito, coração acelerado, desmaio? | <input type="checkbox"/> Sim _____ <input type="checkbox"/> Não _____ |
| <i>Entendendo o estado mental de saúde</i>                                 |                                                      |                                                                       |
| 11                                                                         | Está triste por ter que ficar em casa?               | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não _____       |
| 12                                                                         | Está se sentindo ansioso?                            | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não _____       |
| 13                                                                         |                                                      |                                                                       |
| <i>Entendendo o estado socioeconômico</i>                                  |                                                      |                                                                       |
| 14                                                                         | Está tendo alguma dificuldade financeira?            | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não _____       |
| 15                                                                         | Você mora sozinho?                                   | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não _____       |
| <i>Esclarecendo possíveis dúvidas da doença de Chagas e do Coronavírus</i> |                                                      |                                                                       |
| 16                                                                         | Você tem alguma dúvida sobre sua doença?             | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não _____       |
| 17                                                                         | Tomou a vacina da gripe?                             | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não _____       |
| 18                                                                         | Você entende a importância do isolamento social?     | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não _____       |