

# COVID-19

## INQUÉRITO SEROLÓGICO

A PREENCHER PELOS SERVIÇOS

Código de Identificação do laboratório:

Código de Identificação do Teste:

Preenchimento do Inquérito: No Ponto de Colheita

Externamente

## INQUÉRITO NO ÂMBITO DOS TESTES DE IMUNIDADE UNIVERSAIS E GRATUITOS EM CASCAIS

### INTRODUÇÃO

O presente inquérito tem como objetivo estudar a prevalência de anticorpos aos SARS-COV2 na população de Cascais.

Todos os dados recolhidos neste processo serão analisados no âmbito de projetos científicos, com a finalidade de estudar a evolução da pandemia no concelho de Cascais. Os dados pessoais recolhidos não permitem identificar o/a entrevistado/a, servindo apenas para caracterização geral da população inquirida.

O código de identificação do teste permitirá fazer correlação entre o presente questionário e o resultado da análise da amostra, não havendo lugar a qualquer outro cruzamento de dados.

Os dados recolhidos no âmbito deste inquérito serão armazenados nos sistemas de informação da Câmara Municipal de Cascais, podendo vir a ser disponibilizados publicamente para a realização de análises por entidades terceiras, sempre com a indicação da proveniência dos dados.

Ao aceitar participar neste estudo, aceita o tratamento dos dados com as finalidades indicadas.

### CARACTERIZAÇÃO SOCIOECONÓMICA

1. Sexo  Masculino  Feminino  Outro

2. Ano de Nascimento  3. País de Nascimento \_\_\_\_\_

4. Código Postal

5. Qual o seu nível de escolaridade (ano mais elevado de escolaridade que completou ou ao qual obteve equivalência)?

Menos que a 4ª Classe

1º Ciclo Completo (4º ano)

2º Ciclo Completo (6º ano)

3º Ciclo Completo (9º ano)

Ensino Secundário (12º ano - cursos gerais, tecnológicos ou profissionais)

Ensino Pós-Secundário Não Superior (Curso Especialização Tecnológica)

Frequência Universitária ou Bacharelato/ Curso Médio

Ensino Superior (Licenciatura, Mestrado, Doutoramento)

Não Sabe/ Não Responde

6. Em que situação se encontra, quanto à ocupação ou atividade profissional?

Empregado/a

Desempregado/a

(inclui estágios pagos, licenças de maternidade/paternidade, baixas médicas por doença, lay-off ou bolsas de investigação)

Estudante /Em Formação  Reformado/a  Prestador/a de Trabalho Doméstico

Prestador/a de Serviço Comunitário OU Cuidador Informal  Incapacitado/a permanentemente

Outra situação de inatividade  Não Sabe/ Não Responde

**6.1.** Caso tenha respondido que se encontra empregado/a, qual a sua atividade profissional principal?

**7.** Quantas pessoas constituem o seu agregado familiar?

### ANTECEDENTES | DOENÇAS CRÓNICAS

**8.** Está diagnosticado para alguma das seguintes doenças crónicas?

Diabetes  Sim  Não  Não sabe

Doença Pulmonar Crónica (exclui asma)  Sim  Não  Não sabe

Asma  Sim  Não  Não sabe

Doença Cardiovascular (inclui hipertensão)  Sim  Não  Não sabe

Obesidade  Sim  Não  Não sabe

Doença Autoimune  Sim  Não  Não sabe

Doença Renal Crónica/Insuficiência Renal  Sim  Não  Não sabe

Outras Doenças. Quais?

### ANTECEDENTES - COVID 19

**9.** Esteve em contacto com algum caso suspeito ou confirmado de COVID-19?

Sim  Não  Não sabe/Não responde

**9.1** Se respondeu "Sim", indique a última data de contacto: / /

**10.** Nos meses de Janeiro e Fevereiro 2020, viajou para fora de Portugal?

Sim  Não  Não sabe/Não Responde

10.1. Se sim, para que países viajou?

11. Já realizou algum teste para deteção de COVID-19?  Sim  Não  Não sabe

11.1 Caso tenha respondido "Sim", qual foi o resultado?

Positivo. Em caso afirmativo, indique a data do primeiro teste positivo:

/ /

Negativo

Inconclusivo

Não sabe/ Não Responde

12. Desde o início de março, já teve algum dos seguintes sintomas, mesmo que passageiros?

Em caso afirmativo, identificar se os primeiros sintomas ocorreram:

**A)** Última Semana **B)** Há 2 Semanas **C)** Há 3 Semanas **D)** Há 1 Mês **E)** Há mais de 1 mês

12.1 Febre ( $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$ ) Sim  Não  NS/NR  Há quanto tempo:

12.2 Arrepios Sim  Não  NS/NR  Há quanto tempo:

12.3 Fadiga (Cansaço) Sim  Não  NS/NR  Há quanto tempo:

12.4 Dores Musculares Sim  Não  NS/NR  Há quanto tempo:

12.5 Dores Articulares Sim  Não  NS/NR  Há quanto tempo:

12.6 Dor de Garganta Sim  Não  NS/NR  Há quanto tempo:

12.7 Tosse Sim  Não  NS/NR  Há quanto tempo:

12.8 Nariz Congestionado /Corrimento Nasal Sim  Não  NS/NR  Há quanto tempo:

12.9 Falta de Ar (Dificuldade Respiratória) Sim  Não  NS/NR  Há quanto tempo:

# COVID-19

## INQUÉRITO SEROLÓGICO

A PREENCHER PELOS SERVIÇOS

Código de Identificação do laboratório:

Código de Identificação do Teste:

Preenchimento do Inquérito: No Ponto de Colheita

Externamente

- 12.10 Pieira Sim  Não  NS/NR  Há quanto tempo:
- 12.11 Dor Torácica Sim  Não  NS/NR  Há quanto tempo:
- 12.12 Outras Queixas Respiratórias Sim  Não  NS/NR  Há quanto tempo:
- 12.13 Conjuntivite Sim  Não  NS/NR  Há quanto tempo:
- 12.14 Dor de Cabeça Sim  Não  NS/NR  Há quanto tempo:
- 12.15 Alterações do Estado de Consciência Sim  Não  NS/NR  Há quanto tempo:
- 12.16 Convulsões Sim  Não  NS/NR  Há quanto tempo:
- 12.17 Outras Queixas Neurológicas Sim  Não  NS/NR  Há quanto tempo:
- 12.18 Náusea ou Vómitos Sim  Não  NS/NR  Há quanto tempo:
- 12.19 Diarreia Sim  Não  NS/NR  Há quanto tempo:
- 12.20 Dor Abdominal Sim  Não  NS/NR  Há quanto tempo:
- 12.21 Perda de Cheiro Sim  Não  NS/NR  Há quanto tempo:
- 12.22 Perda de Paladar Sim  Não  NS/NR  Há quanto tempo:
- 12.23 Perda de Apetite Sim  Não  NS/NR  Há quanto tempo:
- 12.24 Hemorragia Nasal Sim  Não  NS/NR  Há quanto tempo:
- 12.25 Outras Queixas Sim  Não  NS/NR  Há quanto tempo:

13. Procurou apoio médico devido a algum destes sintomas? Sim  Não  NS/NR

14. Faltou ao trabalho/escola devido a algum destes sintomas? Sim  Não  NS/NR

15. Ficou hospitalizado/a devido a algum destes sintomas? Sim  Não  NS/NR

16. Se ficou hospitalizado/a, precisou de cuidados intensivos? Sim  Não  NS/NR