

Lista de verificação para prevenção de infecções (Voltado a famílias)

		Sim	Não
Condições de saúde da família	Está sendo verificado diariamente pelas manhãs a temperatura e condições de saúde de toda a família? (dor de garganta, tosse, coriza, diarreia, cansaço e outros)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	A família possui um médico de confiança para consultar quando alguém estiver com febre ou mal-estar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Você possui algum outro estabelecimento para consultar caso o médico de sua família não esteja disponível?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Você possui já preparado um kit de teste de COVID-19, analgésicos, antifebris, termômetro e artigos de uso diário (alimentos e similares)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Higienização das mãos e arejamento local.	Ao voltar para casa, você tem lavado e higienizado suas mãos? (Verificando se as crianças também lavaram)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Você tem higienizado as mãos antes das refeições ou após ir ao banheiro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tem ventilado o local devidamente? (utilizando o exaustor ou abrindo portas e janelas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medidas de prevenção durante passeios	Está utilizando máscaras em lugares aglomerados ou ambientes com alto risco de infecção?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Está realizando suas compras em curtos períodos de tempo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Está realizando suas refeições fora em pequenos grupos e em um curto período de tempo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Quando sai para passear com crianças e idosos, tem evitado ambientes aglomerados ou longos períodos de tempo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medidas de prevenção caso possua familiares que não estejam se sentindo bem	Está evitando ir ao trabalho ou à escola caso estejam com febre ou mal-estar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Utilizam máscaras em momentos que entram em contato com os familiares infectados? (Exceto casos em que não consigam utilizar máscaras por motivos especiais, como por exemplo deficiência)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>