

Atestado de regresso após COVID-19

Este atestado pode ser preenchido por um progenitor/tutor ou por um membro da equipa. Não tem de ser preenchido por um prestador de cuidados de saúde.

Nome do aluno/membro da equipa: _____ Data de nascimento: _____

Número de telefone: _____ Nome da escola/programa: _____

Datas de ausência: _____

Assinale todos os sintomas que a pessoa teve:

Se a pessoa tiver UM dos sintomas PRINCIPAIS ou DOIS dos sintomas MENORES abaixo, ela deve ser testada para COVID-19 com um PCR *, a menos que tenha documentação anterior de outra doença de seu provedor de saúde.	SIM	NÃO
PRINCIPAIS SINTOMAS		
TOSSE		
FALTA DE AR OU DIFICULDADE EM RESPIRAR		
PERDA RECENTE DE PALADAR OU OLFATO		
MENOR SINTOMAS		
FEBRE OU ARREPIOS		
DORES MUSCULARES OU CORPORAIS		
DOR DE GARGANTA		
FADIGA		
NARIZ COM CORRIMENTO OU CONGESTIONADO		
DOR DE CABEÇA		
NÁUSEAS OU VÓMITOS		
DIARREIA		

* Se o teste de PCR for negativo, a pessoa pode voltar ao trabalho/escola/cuidados infantis caso não tenha tido febre durante 24 horas sem recurso a medicação redutora da febre e os sintomas tenham melhorado. Se o teste for positivo, a pessoa tem de seguir as instruções de isolamento do RIDOH (Departamento de Saúde de Rhode Island).

Data de início dos sintomas: _____ Data de fim dos sintomas: _____

O aluno/membro da equipa fez um teste à COVID-19 durante esta ausência?

Atesto

Não; se não, porquê: _____

Sim; data do teste: _____ Resultado do teste: _____ Local de testagem: _____

Data de fim do isolamento (se o teste foi positivo): _____

Atesto que o indivíduo está pronto para retornar ao trabalho/escola/creche e tem:

Não teve febre (temperatura superior a 100.4°C) nas últimas 24 horas

Não tomou nenhum medicamento para a febre nas últimas 24 horas

Os seus sintomas melhoraram e recuperou a sua saúde habitual

Nome da pessoa que atesta: _____

(progenitor/tutor se for um menor)

Assinatura: _____ Data: _____

10/12/2021