

Ferramenta de triagem de sintomas COVID-19: pré-ensino fundamental e médio e cuidados infantis

Nome: _____ Data: _____ Temperatura: _____

*Este formulário pode ser preenchido em casa por um membro da equipe, professor, pai/responsável, ou adolescente.

TEVE ALGUM DOS SEGUINTE SINTOMAS NOS ÚLTIMOS TRÊS DIAS	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 VÔMITOS		
DIARREIA		

NÃO ENTRE NO EDIFÍCIO SE:

Você tem **UM** dos sintomas **PRINCIPAIS** ou **DOIS** dos sintomas **MENORES** listados acima e não pode explicar os sintomas como outra doença que foi documentada por um profissional de saúde, vacinado ou não.

- Se tiver sintomas de COVID-19, isole-se em casa, entre em contacto com o seu prestador de cuidados de saúde e faça um teste à COVID-19.

- Saiba mais sobre quarentena e isolamento em covid.ri.gov/whattodo
- Saiba mais sobre testes em covid.ri.gov/testing

10/8/2021