

# 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
<b>PRINCIPAIS SINTOMAS</b>		
TOSSE		
FALTA DE AR OU DIFICULDADE EM RESPIRAR		
PERDA RECENTE DE PALADAR OU OLFATO		
<b>MENOR SINTOMAS</b>		
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](https://covid.ri.gov/whattodo)
- Saiba mais sobre testes em [covid.ri.gov/testing](https://covid.ri.gov/testing)

10/8/2021