

Nome: _____

Idade: _____

Data: ____/____/____

Responda se teve os seguintes sintomas nos últimos 15 dias:

Febre (> 38°C) SIM NÃO

Falta de ar SIM NÃO

Coriza ou congestão nasal SIM NÃO

Tosse SIM NÃO

Dor de cabeça SIM NÃO

Fadiga ou cansaço inexplicável SIM NÃO

Diarreia, náuseas, vômitos SIM NÃO

Perdeu o olfato SIM NÃO

Esteve em contato com pessoas com diagnóstico ou sintomas de Covid-19 nos últimos 14 dias?

SIM NÃO

Já fez exame para Covid-19?

DATA TIPO
____/____/____ RT-PCR IgA, IgM e IgG Teste rápido

RESULTADO
 Positivo Negativo

DATA TIPO
____/____/____ RT-PCR IgA, IgM e IgG Teste rápido

RESULTADO
 Positivo Negativo

DATA TIPO
____/____/____ RT-PCR IgA, IgM e IgG Teste rápido

RESULTADO
 Positivo Negativo