

Inquérito Epidemiológico

Composto por questões objetivas acerca da sua condição de saúde atual e sobre eventuais contatos de casos confirmados de COVID-19. **Preenchimento obrigatório.**

Data: ____/____/____

NOME: _____

FUNÇÃO DO GRUPO:

- Membros de entidades/Diretores/Etc.**
- Empresário**
- Funcionários**

ESTÁ COM TOSSE? *

- Sim** **Não**

TEM FEBRE?* > 37,5 °

- Sim** **Não**

DOR E IRRITAÇÃO NA GARGANTA?*

- Sim** **Não**

DOR DE CABEÇA?*

- Sim** **Não**

TEM DOR SECREÇÃO NASAL/ESPIRROS?*

Sim Não

TEM DORES NO CORPO/MIAGIA?*

Sim Não

TEM DOR NAS ARTICULAÇÕES?*

Sim Não

ESTÁ COM FRAQUEZA ANORMAL?*

Sim Não

TEM DIARREIA?*

Sim Não

TEM ALTERAÇÃO NO OLFATO?*

Sim Não

ESTEVE EM CONTATO NOS ÚLTIMOS 14 DIAS COM CASO DIAGNOSTICADO COM COVID19?*

Sim Não Outro: _____

TEM FALTA DE AR?*

Sim Não

Responsável da empresa/RH: _____

Assinatura: _____

