

Nome _____

D.N. ____/____/____ Processo nº _____

(assinalar coim um X)

		SIM	NÃO
1	Tem ou teve, nas 2 últimas semanas, febre (igual ou superior a 37,5°C), tosse, dor de garganta/garganta irritada, corrimento nasal ou falta de ar, dores no corpo e mal-estar?		
1a	Algum dos seus familiares ou contactos próximos tem ou teve, nas últimas 2 semanas, os mesmos sintomas?		
2	Tem ou teve, nas 2 últimas semanas, um diagnóstico de pneumonia?		
2a	Algum dos seus familiares ou contactos próximos tem ou teve, nas 2 últimas semanas, um diagnóstico de pneumonia?		
3	Tem ou teve, nas 2 últimas semanas, conjuntivite (olho vermelho)?		
3a	Algum dos seus familiares ou contactos próximos tem ou teve, nas 2 últimas semanas, conjuntivite?		
4	Tem ou teve algum problema de perda de olfato/cheiro ou perda de paladar, nos últimos 14 dias?		
5	Teve contacto com alguém diagnosticado com COVID-19?		
6	É profissional da saúde?		
7	Tem ou teve, nas 2 últimas semanas, contacto com profissionais de saúde?		

Assinatura _____

Data ____/____/____

Mod.111.00

Rua Rodrigo da Fonseca, 1 | 1250-189 Lisboa | Telefone: 213 816 100 | E-mail: diabetes@apdp.pt