

NOME COMPLETO DO PACIENTE:

IDADE:

Apresentou Febre (aferida ou relatada) ?

SIM ( )

NÃO ( )

Dor no corpo?

SIM ( )

NÃO ( )

Calafrios?

SIM ( )

NÃO ( )

Distúrbios Olfativos ou Gustativos?

SIM ( )

NÃO ( )

Falta de ar/ dispneia?

SIM ( )

NÃO ( )

Tosse? Coriza?

SIM ( )

NÃO ( )

Dor de garganta?

SIM ( )

NÃO ( )

Diarreia?

SIM ( )

NÃO ( )

Dor de Cabeça?

SIM ( )

NÃO ( )

Caso de isolamento no núcleo Familiar?

SIM ( )

NÃO ( )

Idoso com alteração do nível de consciência:

SIM ( )

NÃO ( )

Irritabilidade e inapetência?

SIM ( )

NÃO ( )

Confusão mental?

SIM ( )

NÃO ( )

Sonolência Excessiva:

SIM ( )

NÃO ( )

Observações:

**Nome completo e matrícula ou Carimbo e assinatura:**