

## QUESTIONÁRIO DE TRIAGEM DE SITUAÇÃO DE SAÚDE

Nome : \_\_\_\_\_

Função : \_\_\_\_\_

CBAt: \_\_\_\_\_

**Responder as perguntas com: S para SIM e N para NÃO**

Ord.	Pergunta	Dia 19/12
01	Tem/Teve febre?	
02	Tem/Teve dor de cabeça?	
03	Tem/Teve secreção nasal?	
04	Tem/Teve dor na garganta?	
05	Tem/Teve tosse seca?	
06	Tem/Teve falta de ar?	
07	Tem/Teve dor no corpo?	
08	Tem/Teve diarreia?	
09	Tem/Teve perda de olfato/paladar?	
10	Tem fadiga?	
11	Esteve em contato com algum caso de COVID-19?	

**Obs: Obrigatório a entrega quando da retirada do número de peito**