

QUESTIONARIO DE TRIAGEM1- Você teve contato próximo com alguma pessoa testada positiva para **Covid-19** nos últimos 14 dias?

Item	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
Sim																																
Não																																

2- Você apresentou algum dos seguintes **sintomas nas últimas 24 horas?****FEBRE**

Sim																															
Não																															

CALAFRIOS

Sim																															
Não																															

FALTA DE AR

Sim																															
Não																															

TOSSE

Sim																															
Não																															

DOR DE GARGANTA

Sim																															
Não																															

DOR DE CABEÇA

Sim																															
Não																															

DOR NO CORPO

Sim																															
Não																															

PERDA DE OLFATO/PALADAR

Sim																															
Não																															

DIARREIA (POR MOTIVO DESCONHECIDO)

Sim																															
Não																															

MES:**NOME DO FUNCIONARIO****EMPRESA:****CONFERIDO POR:****DATA DO FECHAMENTO:**