

- 1 – Tem tosse? ( ) Sim ( ) Não  
 2 – Tem febre: T 37,5° C ( ) Sim ( ) Não  
 3 – Tem falta de ar? ( ) Sim ( ) Não  
 4 – Tem dor/irritação da garganta? ( ) Sim ( ) Não  
 5 – Tem dor de cabeça? ( ) Sim ( ) Não  
 6 – Tem dor, secreção nasal/espirros? ( ) Sim ( ) Não  
 7 – Tem dores no corpo/mialgia? ( ) Sim ( ) Não  
 8 – Tem dor nas articulações? ( ) Sim ( ) Não  
 9 – Está com fraqueza anormal? ( ) Sim ( ) Não  
 10 – Tem diarreia? ( ) Sim ( ) Não  
 11 – Tem alteração do olfato? ( ) Sim ( ) Não  
 12 – Estiveram em contato nos últimos 14 dias com caso  
 Diagnosticado com COVID-19? ( ) Sim ( ) Não

Assinatura: \_\_\_\_\_

**CONDUTA**

<b>Resposta</b>	<b>Ação</b>
Itens 1, 2 e 11 com respostas afirmativas simultaneamente (altamente sugestiva de COVID19)	Avaliação clínica, realização de exames de RT-PCR
Itens 1 ou 2 ou 3 ou 11 com respostas afirmativas isoladamente	Avaliação clínica e a realização de exames devem ser fortemente consideradas.
Demais itens com respostas afirmativas	Isoladas: acompanhamento médico
	Mais de uma resposta afirmativa concomitante: considerar realização de exames