

ANEXO I. ENQUISA DE AUTOAVALIACIÓN CLÍNICA DA COVID-19

Esta enquisa pretende ser útil para que a comunidade educativa poida identificar síntomas clínicos de sospeita de ter infección por coronavirus. **De presentar calquera destes síntomas solicite consulta no seu/súa médico/-a pediatra.**

| Presentou nos últimos días...? | | SI | NON |
|--------------------------------|--------------------------|----|-----|
| Síntomas respiratorios | Febre maior de 37,5°C | | |
| | Tose seca | | |
| | Dificultade respiratoria | | |
| Outros síntomas | Fatiga severa (cansazo) | | |
| | Dor muscular | | |
| | Falta de olfacto | | |
| | Falta de gusto | | |
| | Diarrea | | |

Ten actualmente algún dos seguintes síntomas? **Sinalar** cales e cando comezaron.

| | | SI | NON |
|----------------------------------|-------------------------------------|----|-----|
| CONVIVIU nos últimos 10 días...? | Cunha persoa COVID-19 + confirmada? | | |

Esta enquisa de autoavaliación debe ser realizada no domicilio e non se envía ao centro. Só se comunica, de ser o caso, a ausencia do alumno/-a.