

ANEXO I. ENQUIA DE AUTOAVALIACIÓN CLÍNICA DO 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 centro de saúde.

| Presentou nas últimas 2 semanas? | | 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 síntomas? Sinalar cales e cando comezaron.

| | | SI | NON |
|--|---|-----------|------------|
| CONVIVIU nas últimas 2 semanas? | cunha persoa COVID-19 + confirmado? | | |
| | cunha persoa en illamento por sospeita de infección pola COVID-19? | | |