

ANEXO I ENQUISA 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/súa médico/a ou 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 síntomas? Sinalar cales e cando comezaron.

| | | SI | NON |
|--------------------------------------|--|-----------|------------|
| CONVIVIU nos últimos 10 días? | cunha persoa Covid-19 + confirmado? | | |