

Retoma da Atividade Clínica em Acupuntura Médica

Questionário

Para sua segurança e dos profissionais de saúde, por favor responda às seguintes questões:

1. Nos últimos 5 dias apresentou algum destes sintomas:

Sintomas de COVID-19
Sintomas mais comuns

		
Tosse	Febre	Fadiga
Sim <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>
Não <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>

2. Viajou ou contactou com alguém vindo do estrangeiro no último mês?

Sim
Não

3. Apresenta algum dos sintomas abaixo? Assinale com uma cruz.

			
Tosse	Febre	Congestão nasal	Coriza
Sim <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>
Não <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>



Dor de garganta



Fadiga



Cansaço



Diarreia

Sim

Sim

Sim

Sim

Não

Não

Não

Não

4. Nos últimos 3 dias verificou subitamente falta de paladar, falta de cheiro ou alterações da pele com comichão?

Sim

Não

5. Teve infeção por COVID-19?

Sim

Não

6. Foi testado(a) para COVID-19?

Sim

Se sim, quando? _____

Não

Quais os resultados? _____

7. Esteve em contacto recente com algum doente contagiado com COVID-19?

Sim

Se sim, quando?

Não

8. Partilha o seu domicílio com algum doente em isolamento com COVID-19?

Sim

Se sim, quando?

Não

Obrigada pela sua colaboração.