****

**Formulário de Registo de Ocorrências**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nome:** |  | **Data de nascimento:** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Local de isolamento:** |  | **Data/hora dos primeiros sintomas:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Acompanhante:** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Critérios Clínicos** | | | | | | | | | |
| Febre (+38ºC) |  | Tosse |  | Dores de cabeça |  | Cansaço |  | Dores musculares |  |
| Dores de garganta |  | Diarreia |  | Vómitos |  | Arrepios de frio |  | Tonturas |  |
| Outros: |  | | | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Critérios Epidemiológicos** | | |
| Estadia ou residência numa área onde se  regista transmissão comunitária de COVID-19 | Não |  |
| Sim |  |
| Local visitado |  |
| Data de regresso a Portugal |  |
| Contacto próximo com um caso provável ou confirmado de COVID-19 | Sim |  |
| Não |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lista de contactos** | **Nome** | **Grau de parentesco** | **Telefone**  **Telemóvel** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Observações:** |  |

**O responsável pelo preenchimento:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ em \_\_\_/ \_\_\_ / 20\_\_\_\_