

Formulário de Registo de Ocorrências

Nome:		Data de nascimento:	
--------------	--	----------------------------	--

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

Acompanhante:	
----------------------	--

Critérios Clínicos									
Febre (+38°C)		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__