

## Questionário de Sintomas COVID-19

Considere os principais sintomas clínicos (síndrome gripal):

- Febre
- Tosse seca
- Falta de ar
- Cefaleia persistente
- Desconforto na garganta (“bola ao engolir”)
- Dor muscular
- Dor torácica
- Fraqueza
- Náuseas, vômitos, diarreia
- Perda de olfato e paladar

**1 – Assinale se está sentindo nesse momento algum (s) destes sintomas**

- ( ) Febre
- ( ) Tosse seca
- ( ) Falta de ar
- ( ) Cefaleia persistente
- ( ) Desconforto na garganta (“bola ao engolir”)
- ( ) Dor muscular
- ( ) Dor torácica
- ( ) Fraqueza
- ( ) Náuseas, vômitos, diarreia
- ( ) Perda de olfato e paladar

2 – Assinale se você teve algum (s) destes sintomas nos últimos 15 dias.

- Febre
- Tosse seca
- Falta de ar
- Cefaleia persistente
- Desconforto na garganta (“bola ao engolir”)
- Dor muscular
- Dor torácica
- Fraqueza
- Náuseas, vômitos, diarreia
- Perda de olfato e paladar

3 – Você conviveu próximo de alguém com estes sintomas nos últimos 15 dias?

Sim ou  Não.

4 – Você realizou testagem para a Covid19?  Sim ou  Não

5 – Qual exame?  Sangue ou  Secreção nasal

6 – O resultado do exame foi:  Positivo ou  Negativo.

\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de 2021.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Atleta

\_\_\_\_\_  
Responsável pelo Atleta