**Inquérito Epidemiológico aos Visitantes**

**Coronavírus, COVID-19**

**Nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ID\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

1. Tem actualmente uma febre de 100,4 graus F ou superior?

\_\_\_\_\_\_Sim \_\_\_\_\_\_\_Não

1. Nos últimos 14 dias, teve algum dos sintomas? ( assinale tudo o que se aplica)

\_\_\_\_\_\_Sim\_\_\_\_\_\_\_Não Tosse

\_\_\_\_\_\_Sim\_\_\_\_\_\_\_Não Falta de ar e dificuldade em respirar

\_\_\_\_\_\_Sim\_\_\_\_\_\_\_Não Arrepios

\_\_\_\_\_\_Sim\_\_\_\_\_\_\_Não Tremores repetitivos acompanhados de arrepios

\_\_\_\_\_\_Sim\_\_\_\_\_\_\_Não Dores musculares

\_\_\_\_\_\_Sim\_\_\_\_\_\_\_Não Dores de cabeca

\_\_\_\_\_\_Sim\_\_\_\_\_\_\_Não Garganta irritada

\_\_\_\_\_\_Sim\_\_\_\_\_\_\_Não Perda recente de olfato e sabor

\_\_\_\_\_\_Sim\_\_\_\_\_\_\_Não Fatiga

\_\_\_\_\_\_Sim\_\_\_\_\_\_\_Não Congestão e corrimento nasal

\_\_\_\_\_\_Sim\_\_\_\_\_\_\_Não Nausea ou vomitos

\_\_\_\_\_\_Sim\_\_\_\_\_\_\_Não Diarreia

3. Nos últimos 14 dias, obteve um resultado positivo de um teste COVID-19 por

saliva testada ou usou uma zaragatoa no nariz ou na garganta? (não uma análise ao sangue)

\_\_\_\_\_\_Sim \_\_\_\_\_\_\_Não

1. Está a regressar de férias?

\_\_\_\_\_\_Sim\_\_\_\_\_\_\_Não

Em caso afirmativo, que estado/país/território visitou?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(deve ser verificado em relação à lista de restrições de viagem de NJ antes da entrada)

1. Verificação da temperatura \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_