



Agrupamento de Escolas
Linda-a-Velha e Queijas

Registo de Automonitorização de sintomas compatíveis com COVID-19

Enquanto permanecer em quarentena, isolamento ou sob monitorização cumpra as recomendações referentes a boas práticas referentes a comportamento social, hidratação e alimentação adequadas e efetue uma automonitorização de sintomas, pelo menos duas vezes por dia.

Se tiver novos sintomas ou estes tiverem agravamento (inclusivamente a febre), ligue novamente para a linha de apoio ao colaborador ou dirija-se a uma urgência, não se esquecendo de referir a sua situação. Se tiver dificuldade respiratória ligue 112.

Mantenha sempre a **sua Diretora de turma informada**. Desejamos-lhe as melhores!

| Data | Sem sintomas (confirme que está assintomático para COVID-19) | Sintomas | | | | | |
|------|---|---|--|--|--|--|--|
| | | Febre (temperatura timpânica > 37,8°C) | Odinofagia (deglutição dolorosa, dor de garganta) | Tosse | Rinorreia (corrimento excessivo de muco nasal) | Dispneia (dificuldade em respirar) | Outros sintomas específicos. Quais? |
| | <input type="checkbox"/> Nenhum | <input type="checkbox"/> Sim °C <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | |
| | <input type="checkbox"/> Nenhum | <input type="checkbox"/> Sim °C <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | |
| | <input type="checkbox"/> Nenhum | <input type="checkbox"/> Sim °C <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | |
| | <input type="checkbox"/> Nenhum | <input type="checkbox"/> Sim °C <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | |
| | <input type="checkbox"/> Nenhum | <input type="checkbox"/> Sim °C <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | |
| | <input type="checkbox"/> Nenhum | <input type="checkbox"/> Sim °C <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | |

| Data | Sem sintomas (confirme que está assintomático para COVID-19) | Sintomas | | | | | |
|------|---|---|--|--|--|--|--|
| | | Febre (temperatura timpânica > 37,8°C) | Odinofagia | Tosse | Rinorreia | Dispneia | Outros sintomas específicos. Quais? |
| | <input type="checkbox"/> Nenhum | <input type="checkbox"/> Sim °C <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | |
| | <input type="checkbox"/> Nenhum | <input type="checkbox"/> Sim °C <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | |
| | <input type="checkbox"/> Nenhum | <input type="checkbox"/> Sim °C <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | |
| | <input type="checkbox"/> Nenhum | <input type="checkbox"/> Sim °C <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | |
| | <input type="checkbox"/> Nenhum | <input type="checkbox"/> Sim °C <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | |
| | <input type="checkbox"/> Nenhum | <input type="checkbox"/> Sim °C <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | |
| | <input type="checkbox"/> Nenhum | <input type="checkbox"/> Sim °C <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | |
| | <input type="checkbox"/> Nenhum | <input type="checkbox"/> Sim °C <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | |