

N.º de identificação do cliente \_\_\_\_\_

Data de preenchimento: \_\_\_\_\_

## SUPLEMENTO DE COVID-19

### PREENCHIDO POR CLIENTES OU PROFISSIONAIS DE SAÚDE

- 1. Desde março de 2020, você teve sintomas relacionados à Covid-19, como tosse, febre, falta de ar ou dificuldade para respirar?**
  - Sim
  - Não
- 2. Você fez um teste para o coronavírus?**
  - Sim
  - Não → *Passe para a P4*
- 3. Qual foi o resultado?**

Selecione uma opção.

  - Fiz o teste e o resultado foi positivo (tive/tenho coronavírus)
  - Fiz o teste e o resultado foi negativo (não tinha coronavírus)
  - Fiz o teste e não sei o resultado
- 4. Você recebeu uma vacina contra o coronavírus?**
  - Sim, recebi uma ou ambas as doses da vacina
  - Não

*Original measure translated for EPINET by the EPINET National Data Coordinating Center.*