

N.º de identificação do cliente _____

Data de preenchimento: _____

SUPLEMENTO DE COVID-19

PREENCHIDO POR CLIENTES OU PROFISSIONAIS DE SAÚDE

- 1. Desde a última avaliação, você teve sintomas relacionados à Covid-19, como tosse, febre, falta de ar ou dificuldade para respirar?**
 - Sim
 - Não

- 2. Desde a última avaliação, 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. Desde a última avaliação, você recebeu a 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.