



MINISTÉRIO DA DEFESA NACIONAL
MARINHA PORTUGUESA



ESCOLA NAVAL

QUESTIONÁRIO COVID-19

Nº Candidato: _____

Nome: _____

1) SINTOMATOLOGIA? (Tem ou teve nos últimos 3 dias)

SINTOMAS	SIM	NÃO	OBSERVAÇÕES
FEBRE \geq 38º C			
TOSSE PERSISTENTE			
DIFICULDADE AO RESPIRAR / FALTA DE AR			
ALTERAÇÃO DO SABOR			
ALTERAÇÃO DO OLFATO			
OUTROS			

NOTA: Se responder **SIM** deverá preencher o campo **OBSERVAÇÕES** (ex: há quantos dias; se está medicado; se foi visto por um médico; etc).

2) ESTEVE EM CONTACTO COM ALGUÉM SUSPEITO OU COM DIAGNÓSTICO CONFIRMADO DE COVID-19 NOS ÚLTIMOS 15 DIAS?

R:

NOTA: Se responder **SIM** deverá contactar com a Linha Saúde 24, bem com a EN

OBSERVAÇÕES:

Lisboa, _____ de agosto 2020

O Candidato
