

ADEQUAÇÕES PARA ATENDIMENTO SEGURO NAS CLÍNICAS



ATENÇÃO

SE VOCE ESTIVER COM QUALQUER **SINTOMA RESPIRATÓRIO** (FEBRE, TOSSE, CORISA, ETC) **NÃO** ENTRE DIRETAMENTE NA CLÍNICA.

SINALIZE QUE ALGUÉM VIRÁ TRAZER-LHE UMA MÁSCARA ANTES, PARA A SEGURANÇA DE TODOS.

OBRIGADO





QUESTIONÁRIO MÉDICO COVID19

Nome: _____ Idade: _____

Empresa: _____ Função: _____

Temperatura: _____ o C

Você apresentou nos últimos 14 dias ou vem apresentando atualmente algum desses sintomas ?

	SIM	NÃO
FEBRE		
TOSSE SECA		
CONGESTÃO NASAL		
NARIZ COM CORIZA		
DOR DE GARGANTA		
PERDA DA SENSIBILIDADE DO SABOR OU ODOR		
DIFICULDADE PARA RESPIRAR		

CONTATO PROXIMO COM ALGUM CASO SUSPEITO DE COVID ?		
ALGUÉM DE SUA RESIDÊNCIA TEVE COVID ? QUANDO?		

DATA: 13 / 08 / 2020

Declaro que as declarações acima são verdadeiras.

NEOFORMAR

Medicina do Trabalho



Previna-se

Álcool em Gel

Pise para Usar

PISE AQUI





Por favor
Não utilize
este acento

Por favor
Não utilize
este acento

Por fav



ATENÇÃO
O PREÇO MÁXIMO PARA O SERVIÇO DE
RECEITA É DE R\$ 10,00 (dez reais).
Este valor inclui o custo do material
necessário para a emissão.
FOMENTO DE RECURSOS
NÃO TEM OBRIGATORIEDADE DE
RECEITA DE SERVIÇOS DE SAÚDE.





