

**PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVA VENÉCIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
NOTIFICAÇÃO - TESTAGEM ANTÍGENO - COVID19**

NOME:
DATA DA NOTIFICAÇÃO:
SUS/CPF:
ESCOLARIDADE:
ENDEREÇO:
SINTOMAS: ()SIM ()NÃO INÍCIO DOS SINTOMAS:
TEL. CONTATO:
OCUPAÇÃO:
LOCAL DE TRABALHO:

SINTOMAS: NÃO PREENCHER.

() FEBRE () DIFICULDADE RESPIRAR () CIANOSE () ESCARRO () CONJUNTIVITE () DIFICULDADE ENGOLIR () IRRITABILIDADE () CONVULSÃO () SATURAÇÃO O2 MENOR 95% () CONGESTÃO NASAL () DIARRÉIA () FRAQUEZA () PERDA OLFATO () CORIZA () NÁUSEAS/VOMITO () PERDA DE PALADAR () TOSSE () DOR DE GARGANTA () CEFALÉIA () OUTROS _____
--

ALGUMA COMORBIDADE:

OBSERVAÇÃO:
