

ANAMNESE COMPLEMENTAR

NOME: _____ BAIRRO: _____

ENDEREÇO: _____ CNS: _____

TELEFONE: _____

Você está com **CORIZA** ou alguma secreção nasal?

() Sim () Não

Você está com **FEBRE** (>37,5°)?

() Sim () Não

Coriza + Febre + Tosse + Falta de Ar

UNIDADE DE SAÚDE

Coriza + Febre + Tosse

UNIDADE DE SAÚDE

Você está com **TOSSE**?

() Sim () Não

Coriza + Febre

FIQUE ALERTA EM CASA

Coriza

FIQUE EM CASA

Você está com **FALTA DE AR**?

() Sim () Não

ANAMNESE COMPLEMENTAR

NOME: _____ BAIRRO: _____

ENDEREÇO: _____ CNS: _____

TELEFONE: _____

Você está com **CORIZA** ou alguma secreção nasal?

() Sim () Não

Você está com **FEBRE** (>37,5°)?

() Sim () Não

Coriza + Febre + Tosse + Falta de Ar

UNIDADE DE SAÚDE

Coriza + Febre + Tosse

UNIDADE DE SAÚDE

Você está com **TOSSE**?

() Sim () Não

Coriza + Febre

FIQUE ALERTA EM CASA

Coriza

FIQUE EM CASA

Você está com **FALTA DE AR**?

() Sim () Não