

QUESTIONÁRIO DE SINTOMAS

DATA (dd/mm/aa): ____/____/____

NUM PARTICIPANTE DIA

SINTOMAS	nenhum	leve	moderado	intenso
Febre				
Tosse				
Falta de ar / Dispneia				
Fadiga / Fraqueza ou Indisposição				
Dores musculares				
Dor de garganta				
Dor de cabeça / Cefaléia				
Falta de apetite				
Insônia				
Diminuição do Olfato e/ou paladar				
Diarreia				
IMPACTO NAS ATIVIDADES DIÁRIAS	nenhum	pouco	moderado	muito
Mobilidade				
Concentração				
Higiene				
IMPACTO NAS EMOCÕES	nenhum	pouco	moderado	muito
Irritabilidade				
Preocupação				
Frustração				
Impotência				

 Assinatura do responsável pelo preenchimento