

Annex 1

LLISTA DE COMPROVACIÓ DE SÍMPTOMES PER A LES FAMÍLIES

Si el vostre fill, filla o infant o adolescent tutelat no es troba bé, marqueu amb una creu quins d'aquests símptomes presenta:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Febre o febrícula | <input type="checkbox"/> Mal de panxa |
| <input type="checkbox"/> Tos | <input type="checkbox"/> Vòmits |
| <input type="checkbox"/> Dificultat per respirar | <input type="checkbox"/> Diarrea |
| <input type="checkbox"/> Congestió nasal | <input type="checkbox"/> Malestar |
| <input type="checkbox"/> Mal de coll | <input type="checkbox"/> Dolor muscular |

Si a casa hi ha alguna persona adulta² que no es troba bé, marqueu amb una creu quins d'aquests símptomes presenta:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Febre o febrícula | <input type="checkbox"/> Calfreds |
| <input type="checkbox"/> Tos | <input type="checkbox"/> Vòmits |
| <input type="checkbox"/> Dificultat per respirar | <input type="checkbox"/> Diarrea |
| <input type="checkbox"/> Falta d'olfacte de gust | <input type="checkbox"/> Malestar |
| <input type="checkbox"/> Mal de coll | <input type="checkbox"/> Dolor muscular |

*Si heu marcat una o diverses caselles **cal que eviteu portar l'infant** a l'activitat i que us poseu en contacte amb els responsables de l'activitat per comunicar-ho.

En horari d'atenció del vostre centre d'atenció primària, poseu-vos en contacte telefònic amb el vostre **equip de pediatria** o de **capçalera**. En cas contrari, truqueu al **061**.

(2) Si es tracta d'un altre infant o adolescent de la unitat familiar utilitzeu la primera llista.