

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.