

JAK CZUŁEŚ(-AŚ) SIĘ W CIĄGU OSTATNICH KILKU DNI?



**Czułem(-am) się
świetnie.**



**Czułem(-am) się
dobrze.**



**Nie czułem(-am)
się najlepiej.**

CZY ZAOBSERWOWAŁEŚ(-AŚ) U SIEBIE JEDEN Z NASTĘPUJĄCYCH OBJAWÓW W CIĄGU OSTATNICH KILKU DNI?

- Kaszel, który wcześniej nie występował
- Gorączkę
- Dusznosc
- Utrata smaku lub węchu
- Większe zmęczenie
- Bóle ciała, które wcześniej nie występowały
- Biegunkę
- Dreszcze
- Ból gardła
- Ból głowy
- Ból klatki piersiowej

**Czy przebywałeś(-aś) w pobliżu osoby zarażonej COVID-19
lub czy byłeś(-aś) narażony(-a) na koronawirusa?**