

Форма опроса на наличие COVID-19 для учащихся начальной школы

Дополнительный документ для ответственного за борьбу с COVID-19 и координатора по вопросам проведения опросов и проверок в связи с COVID-19

Департамент здравоохранения и Департамент труда и промышленности штата Вашингтон требуют от школьных округов проведения проверок всех учащихся, которые позволят определить, болеет ли учащийся COVID-19 и был ли он в тесном контакте с лицом с COVID-19.

ИМЯ УЧАЩЕГОСЯ _____

ДАТА _____

ШКОЛА _____

КЛАСС/УЧИТЕЛЬ _____

За последние 24 часа у вашего учащегося наблюдались какие-либо из следующих симптомов?

- Температура 100,4 °F или выше
- Кашель
- Одышка или затрудненное дыхание
- Озноб
- Усталость*
- Мышечная боль или боли в теле*
- Головная боль*
- Потеря чувства вкуса или запаха
- Боль в горле*
- Заложенность носа или насморк*
- Тошнота или рвота*
- Диарея*
- Другие признаки новой болезни, не связанные с уже существующими состояниями (например, сезонными аллергиями)

* Кратковременный симптом: если у учащегося есть **только один** из таких симптомов, симптом возникает и исчезает за менее чем 24 часа **И** у учащегося не было известных контактов с носителями COVID-19 (близкий контакт). Учащийся может вернуться в школу на следующий день после исчезновения кратковременного симптома. Анализ на COVID-19 не требуется.

ДА _____ НЕТ _____

1. Ваш учащийся был в тесном контакте с кем-либо, у кого подтвержден диагноз COVID-19?

*Близким контактом считаются: нахождение в пределах 6 футов от носителя COVID 19 в течение (в сумме) 15 минут или более продолжительного времени за 24-часовой период; **ЛИБО** проживание вместе с носителем COVID-19; **ЛИБО** уход за носителем COVID-19; **ЛИБО** прямой контакт со слюной или другими выделениями тела носителя COVID-19.*

2. У кого-то из членов семьи, проживающих вместе с вами, есть симптомы, подобные симптомам COVID-19? Кто-то в вашем доме ожидает результатов теста на COVID-19?
3. Был ли у вашего учащегося положительный результат теста на активный вирус COVID-19 за последние 10 дней?
4. В течение последних 14 дней сотрудники учреждений общественного здравоохранения или медицинские специалисты рекомендовали вашему учащемуся контролировать свое состояние, соблюдать самоизоляцию или карантин в связи с вероятностью заболевания COVID-19?



Службы безопасности и устранения рисков

Если вы ответите «ДА» на любой из этих вопросов, оставайтесь дома и сообщите об этом в свою школу.

ДА _____ НЕТ _____

Если вы ответили утвердительно на любой из вышеперечисленных вопросов, не приводите своего ребенка в школу и следуйте политике посещения занятий.

Я подтверждаю, что ответы в отношении моего ребенка, данные выше, являются правдивыми и точными, насколько мне известно.

Подпись родителя/опекуна

Телефон в дневное время

Дата