

תעודה לתלמיד בביה"ס יסודי בעניין COVID19

מסמך משלים ל: מפקח COVID19, רכז להסמכה ובדיקות מיון

מחלקות הבריאות, והעבודה והתעשייה בווישינגטון מחייבות יחידות אזוריות ממלכתיות לחינוך בבתי ספר לבדוק את כל התלמידים כדי לקבוע אם התלמיד סובל מ-COVID-19 או שהיה בקשר הדוק עם אדם שנחשף ל-COVID-19.

תאריך	שם התלמיד
כיתה/מורה	ביה"ס

האם במהלך 24 השעות האחרונות התלמיד שלך חווה את אחת התופעות הבאות:

- |   |  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• כאב ראש *</li> <li>• כאב גרון*</li> <li>• גודש או נזלת *</li> <li>• בחילה או הקאות*</li> <li>• שלשול*</li> <li>• סימנים אחרים למחלה חדשה שאינם קשורים למצב קיים מראש (כגון אלרגיות עונתיות)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• חום 100.4 מעלות או מעל</li> <li>• שיעול</li> <li>• קוצר נשימה או קושי לנשום</li> <li>• אובדן טעם או ריח</li> <li>• אובדן טעם או ריח</li> <li>• עייפות *</li> <li>• כאבי שרירים או כאבי גוף *</li> </ul> |
|---|--|

\* סימפטום לטווח קצר - אם לתלמיד יש **רק אחת** מהתופעות הללו והתופעה מתחילה ומסתיימת תוך פחות מ 24 שעות ואין חשיפה ידועה ל-COVID-19 (קשר קרוב). תלמיד יכול לחזור לבית הספר למחרת אם הסימפטום לטווח הקצר יסתיים. אין צורך בבדיקת COVID-19.

כן \_\_\_\_\_ לא \_\_\_\_\_

1. האם התלמיד שלך היה בקשר הדוק עם מישהו עם COVID-19 מאושר? קשר קרוב כולל: היה בטווח של 6 מטרים מאדם עם COVID 19 במשך 15 דקות או יותר, תוך 24 שעות; או גר באותו בית כמו אדם עם COVID-19; או טיפל באדם עם COVID-19; או היה בקשר ישיר עם רוק או הפרשות גוף אחרות של אדם עם COVID-19.
2. האם למישהו מביתך יש סימפטומים דומים ל-COVID-19 ו / או שמישהו בביתך נבדק לגבי COVID-19?
3. האם התלמיד שלך עבר בדיקת COVID-19 וקיבל תשובה חיובית לנגיף פעיל ב-10 הימים האחרונים?
4. האם יחידה לבריאות הציבור או איש המקצוע הרפואי אמרו לתלמיד שלכם במהלך 14 הימים האחרונים לפקח על עצמו, לבודד את עצמו או להסגיר את עצמו בגלל חששות לגבי COVID-19?

**אם אתה עונה כן לאחת מהשאלות הללו, הישאר בבית וצור קשר עם בית הספר שלך.**

כן \_\_\_\_\_ לא \_\_\_\_\_

**אם ענית בחיוב על משהו אחד מהאמור לעיל, אל תביא את ילדך לבית הספר ועקוב אחר מדיניות הנוכחות.**

אני מעיד כי התשובות בנוגע לילדי שניתנו לעיל נכונות ומדויקות למיטב ידיעתי.

תאריך	טל' בשעות היום	הורה/אפוטרופוס
-------	----------------	----------------