

תעודה לתלמיד בביה"ס תיכון בעניין COVID19

מסמך משלים ל: מפקח COVID19, רכז להסמכה ובדיקות מיון

מחלקות הבריאות, והעבודה והתעשייה בושינגטון 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.

שם התלמיד	תאריך
<ul style="list-style-type: none"> האם במהלך 24 השעות האחרונות התלמיד שלך חווה את אחת התופעות הבאות: חום 100.4 מעלות או מעל שיעול קוצר נשימה או קושי לנשום אובדן טעם או ריח אובדן טעם או ריח עייפות * כאבי שרירים או כאבי גוף * 	<ul style="list-style-type: none"> כאב ראש * כאב גרון* גודש או נזלת * בחילה או הקאות* שלשול* סימנים אחרים למחלה חדשה שאינם קשורים למצב קיים מראש (כגון אלרגיות עונתיות)

* 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 היית 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 / או שמישהו בביתך נבדק לגבי COVID-19?
3. האם עברת בדיקת COVID-19 וקיבל תשובה חיובית לנגיף פעיל ב-10 הימים האחרונים?
4. האם יחידה לבריאות הציבור או איש המקצוע הרפואי אמרו לך במהלך 14 הימים האחרונים לפקח על עצמך, לבדוד את עצמך או להסגיר את עצמך בגלל חששות לגבי COVID-19?

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

כן _____ לא _____

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

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

חתימת התלמיד _____ תאריך _____