

## COVID19 സെക്കൻഡറി സ്റ്റുഡന്റ് അറ്റന്റേഷൻ ഫോം

ഇതിനായുള്ള അനുബന്ധ പ്രമാണം: COVID19 സൂപ്പർവൈസർ, അറ്റന്റേഷൻ & സ്ക്രീനിംഗ് കോർഡിനേറ്റർ

വിദ്യാർത്ഥിക്ക് COVID-19 ഉണ്ടോ അല്ലെങ്കിൽ COVID-19 ന് വിധേയരായ ഒരു വ്യക്തിയുമായി അടുത്ത ബന്ധമുണ്ടോ എന്ന് നിർണ്ണയിക്കാൻ ജില്ലാ സ്കൂളുകളോടു എല്ലാ വിദ്യാർത്ഥികളെയും പരിശോധിക്കാൻ വാഷിംഗ്ടൺ ആരോഗ്യ വകുപ്പുകളും തൊഴിൽ വ്യവസായങ്ങളും ആവശ്യപ്പെടുന്നു.

വിദ്യാർത്ഥിയുടെ പേര് \_\_\_\_\_

തീയതി \_\_\_\_\_

കഴിഞ്ഞ 24 മണിക്കൂറിനുള്ളിൽ ഇനിപ്പറയുന്ന ഏതെങ്കിലും ലക്ഷണങ്ങൾ നിങ്ങൾ അനുഭവിച്ചിട്ടുണ്ടോ :

- |   |   |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• പനി 100.4 അല്ലെങ്കിൽ മുകളിൽ</li> <li>• ചുമ</li> <li>• ധാരാളമായ അല്ലെങ്കിൽ ധാരാളമായ അല്ലെങ്കിൽ</li> <li>• തണുപ്പ്</li> <li>• രുചിയുടെയോ വാസനയുടെയോ നഷ്ടം</li> <li>• ക്ഷീണം *</li> <li>• പേശി വേദന അല്ലെങ്കിൽ ശരീര വേദനകൾ *</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• തലവേദന *</li> <li>• തൊണ്ടവേദന *</li> <li>• തിങ്ങിയതോ അല്ലെങ്കിൽ മൂക്കൊലിപ്പ് *</li> <li>• ഓക്കാനം അല്ലെങ്കിൽ ഛർദ്ദി*</li> <li>• അതിസാരം*</li> <li>• നിലവിലുള്ള അവസ്ഥയോട് ബന്ധമില്ലാത്ത ഏതെങ്കിലും പുതിയ രോഗ ലക്ഷണങ്ങൾ ( സീസണൽ അലർജി പോലോത്തവ)</li> </ul> |
|---|---|

\* ഒരു ഹ്രസ്വകാല ലക്ഷണം - നിങ്ങൾക്ക് **ഈ ലക്ഷണങ്ങളിൽ ഒന്നു മാത്രമേ ഉള്ളൂവെങ്കിൽ**, രോഗലക്ഷണം ആരംഭിച്ച് 24 മണിക്കൂറിനുള്ളിൽ പരിഹരിക്കുന്നു **പിന്നെ** അറിയപ്പെടുന്ന COVID-19 എക്സ്പോഷർ ഇല്ല (അടുത്ത സമ്പർക്കം). ഹ്രസ്വകാല രോഗലക്ഷണം പരിഹരിച്ചാൽ നിങ്ങൾക്ക് അടുത്ത ദിവസം സ്കൂളിലേക്ക് മടങ്ങാം. ഒരു COVID-19 പരിശോധന ആവശ്യമില്ല.

അതെ \_\_\_\_\_

അല്ല \_\_\_\_\_

1. COVID-19 സ്ഥിരീകരിച്ച ആരുമായെങ്കിലും നിങ്ങൾ അടുത്ത ബന്ധം പുലർത്തിയിട്ടുണ്ടോ?

ക്ലോസ് കോൺടാക്റ്റിൽ ഉൾപ്പെടുന്നു; COVID 19 ഉള്ള ഒരു വ്യക്തിയുടെ 6 അടിയിൽ 24 മണിക്കൂറിനുള്ളിൽ മൊത്തം 15 മിനിറ്റോ അതിൽ കൂടുതലോ ഉണ്ടാവുക; **അല്ലെങ്കിൽ** COVID-19 ഉള്ള ഒരു വ്യക്തിയുടെ അതേ വീട്ടിൽ താമസിക്കുക; **അല്ലെങ്കിൽ** COVID-19 ഉള്ള ഒരു വ്യക്തിയെ പരിപാലിക്കുക; **OR** COVID-19 ഉള്ള ഒരു വ്യക്തിയിൽ നിന്ന് ഉമിനീർ അല്ലെങ്കിൽ മറ്റ് ശരീര സ്രവങ്ങളുമായി നേരിട്ട് ബന്ധപ്പെടുക .

2. നിങ്ങളുടെ വീട്ടിലെ ആർക്കെങ്കിലും COVID-19 പോലുള്ള ലക്ഷണങ്ങളുണ്ടോ & / അല്ലെങ്കിൽ നിങ്ങളുടെ വീട്ടിലെ ആരെങ്കിലും COVID-19 ടെസ്റ്റ് ചെയ്യപ്പെട്ടിട്ടുണ്ടോ ?

3. കഴിഞ്ഞ 10 ദിവസങ്ങളിൽ നിങ്ങൾ സജീവമായ വൈറസിനായി പോസിറ്റീവ് COVID-19 പരിശോധന നടത്തിയിട്ടുണ്ടോ?

4. കഴിഞ്ഞ 14 ദിവസത്തിനുള്ളിൽ, COVID-19 നെക്കുറിച്ചുള്ള ആശങ്കകൾ കാരണം ഒരു പൊതുജനാരോഗ്യ ഉദ്യോഗസ്ഥനോ മെഡിക്കൽ പ്രൊഫഷണലോ നിങ്ങളോട് സ്വയം നിരീക്ഷിക്കാനോ സ്വയം ഒറ്റപ്പെടാനോ അല്ലെങ്കിൽ സ്വയം ക്വാറന്റൈൻ ചെയ്യാനോ പറഞ്ഞിട്ടുണ്ടോ?

**ഇതിലെ ഏതെങ്കിലും ഒരു ചോദ്യങ്ങൾക്ക് നിങ്ങൾ അതെ എന്ന് മറുപടി നൽകുകയാണെങ്കിൽ, വീട്ടിൽ തന്നെ തുടരുകയും നിങ്ങളുടെ സ്കൂളുമായി ബന്ധപ്പെടുകയും ചെയ്യുക**

അതെ \_\_\_\_\_

അല്ല \_\_\_\_\_

**മേൽപ്പറഞ്ഞവയ്ക്ക് നിങ്ങൾ അതെ എന്ന് മറുപടി നൽകിയിട്ടുണ്ടെങ്കിൽ, ദയവായി നിങ്ങൾ സ്കൂളിൽ പോകരുത് മറിച്ച് ഹാജർ നയം പിന്തുടരുക.**

മുകളിൽ നൽകിയിരിക്കുന്ന എന്റെ പ്രതികരണങ്ങൾ എന്റെ അറിവിന്റെ ഏറ്റവും മികച്ചതും കൃത്യവുമാണെന്ന് ഞാൻ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തുന്നു.

\_\_\_\_\_  
വിദ്യാർത്ഥിയുടെ ഒപ്പ്

\_\_\_\_\_  
തീയതി