

فرم گواهی COVID19 دانش‌آموزان ابتدایی

سند تکمیلی برای: ناظر، گواهی و هماهنگ‌کننده غربالگری COVID19

اداره‌های «بهداشت» (Washington Department of Health) و «کار و صنایع» (Labor & Industries) واشنگتن غربالگری همه دانش‌آموزان را برای حوزه‌های آموزشی الزامی کرده‌اند تا مشخص شود آیا دانش‌آموز مبتلا به COVID-19 است یا خیر یا در تماس نزدیک با شخص مبتلا به COVID-19 بوده است یا خیر.

نام دانش‌آموز	تاریخ
در ۲۴ ساعت گذشته، آیا دانش‌آموز شما یکی از علائم زیر را داشته است:	
<ul style="list-style-type: none"> • تب ۱۰۰.۴ درجه فارنهایت یا بالاتر • سرفه • تنگی نفس یا مشکل در تنفس • لرز • از بین رفتن حس چشایی یا بویایی • خستگی* • درد عضلانی یا بدن‌درد* 	<ul style="list-style-type: none"> • سردرد* • گلودرد* • گرفتگی یا آبریزش بینی* • حالت تهوع یا استفراغ* • اسهال* • علائم دیگر بیماری جدید که ارتباطی به بیماری‌های قبلی (مانند آلرژی‌های فصلی) ندارد

*علائم کوتاه‌مدت - اگر دانش‌آموزی فقط یک مورد از این علائم را داشته باشد و شروع این علائم و برطرف شدن آنها در کمتر از □□ ساعت اتفاق بیفتد و دانش‌آموز در معرض مورد مشخص COVID-19 نبوده باشد (تماس نزدیک). دانش‌آموز می‌تواند در صورت برطرف شدن علائم کوتاه‌مدت، روز بعد به مدرسه برگردد. آزمایش COVID-19 الزامی نیست.

بله _____ خیر _____

1. آیا دانش‌آموز شما با شخصی که ابتلایش به COVID-19 تأیید شده در تماس نزدیک بوده است؟
تماس نزدیک شامل این موارد است: بودن در فاصله □ فوتی از شخص مبتلا به COVID-19 در مجموع به مدت □□ دقیقه یا بیشتر در بازه زمانی □□ ساعت؛ یا زندگی کردن در یک خانه با شخص مبتلا به COVID-19؛ یا مراقبت کردن از شخص مبتلا به COVID-19؛ یا داشتن تماس مستقیم با بزاق یا ترشحات دیگر از بدن فرد مبتلا به COVID-19.
2. آیا در ۱۰ روز گذشته در جواب آزمایش COVID-19 دانش‌آموز، ویروس فعال تشخیص داده شده است؟
3. آیا در ۱۴ روز گذشته اداره بهداشت عمومی یا پزشک متخصص به دانش‌آموز شما گفته است که به دلیل نگرانی‌های مربوط به COVID-19 خود نظارتی، جدا کردن خود از دیگران یا قرنطینه کردن خود را انجام دهد؟

اگر پاسخ شما به هریک از این سوالات «بله» است، در خانه بمانید و با مدرسه خود تماس بگیرید.

بله _____ خیر _____

اگر به هریک از پرسش‌های فوق پاسخ مثبت داده‌اید، لطفاً از آوردن فرزندتان به مدرسه خودداری و از خطمشی حضور در مدرسه پیروی کنید.

گواهی می‌کنم تا جایی که می‌دانم پاسخ‌های فوق راجع به فرزندم درست و دقیق هستند.

تاریخ _____ امضای پدر/مادر یا سرپرست _____