

Rev. APRIL 2021

فرم گواهی COVID-19 دانش‌آموزان ابتدایی

سند تکمیلی برای: ناظر، گواهی و هماهنگ‌کننده غربالگری COVID-19

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
کلاس/معلم	مدرسه

در ۲۴ ساعت گذشته، آیا دانش‌آموز شما یا یکی از اعضای خانواده‌تان یکی از علائم زیر را داشته است:

- سردرد*
- گلودرد*
- گرفتگی یا آبریزش بینی*
- حالت تهوع یا استفراغ*
- اسهال*
- علائم دیگر بیماری جدید
- 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*

*علائم کوتاهمدت - اگر دانش‌آموزی **فقط یک مورد** از این علائم را داشته باشد و شروع این علائم و برطرف شدن آنها در کمتر از ۲۴ ساعت اتفاق بیفتد و دانش‌آموز در معرض مورد مشخص COVID-19 نبوده باشد (تماس نزدیک). اگر دانش‌آموز یا یکی از اعضای خانواده او فقط یک مورد از این علائم را داشته باشند و شروع این علائم و برطرف شدن آنها در کمتر از ۲۴ ساعت اتفاق بیفتد و هیچ‌گونه شواهد قطعی از قرار گرفتن در معرض COVID-19 وجود نداشته باشد، دانش‌آموز می‌تواند به مدرسه برگردد. حتی اگر دانش‌آموز شما یا یکی از اعضای خانواده دارای علائم کوتاهمدت است، لطفاً با مدرسه تماس بگیرید و این موضوع را اطلاع دهید. 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 ۶ فوتی از شخص مبتلا به COVID-19 در مجموع به مدت ۱۵ دقیقه یا بیشتر در بازه زمانی ۲۴ 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 کسی در خانواده شما دارای علائم COVID-19 است و/یا کسی در خانواده شما آزمایش تشخیص COVID-19 انجام داده است؟

3. آیا در ۱۰ روز گذشته در جواب آزمایش COVID-19 دانش‌آموز یا یکی از اعضای خانواده‌تان، ویروس فعال تشخیص داده شده است؟

4. آیا در ۱۴ روز گذشته اداره بهداشت عمومی یا پزشک متخصص به دانش‌آموز شما گفته است که به دلیل نگرانی‌های مربوط به COVID-19 خودنظارتی، 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 ختمشی 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 _____

_____ تلفن کاری _____