

فرم گواهی دانش‌آموزی متوسطه COVID19 یا

مدرک تکمیلی برای: ناظر COVID19، تأییدیه و هماهنگ‌کننده غربالگری

اداره بهداشت و اداره کار و صنایع واشنگتن (The Washington Departments of Health and Labor & Industries) از نواحی آموزشی خواسته است تا همه دانش‌آموزان را غربالگری کنند تا مشخص شود آیا دانش‌آموزی مبتلا به COVID-19 است یا اینکه از نزدیک با فردی که در معرض COVID-19 قرار دارد، تماس داشته است.

نام دانش‌آموز _____

تاریخ _____

در 24 ساعت گذشته، شما یا یکی از اعضای خانواده‌تان یکی از علائم زیر را تجربه کرده‌اید:

- سردرد*
- گلو درد*
- احتقان (بند آمدن ادرار) یا آبریزش بینی*
- حالت تهوع یا استفراغ*
- اسهال*
- سایر علائم بیماری جدید
- تب 100.4 فارنهایت یا بالاتر
- سرفه
- تنگی نفس یا دشواری در تنفس
- لرز
- از دست دادن حس بویایی و چشایی
- خستگی*
- بدن درد یا درد عضلانی*

* یک علامت کوتاهمدت - اگر **فقط یک مورد** از این علائم را دارید و علائم در کمتر از 24 ساعت شروع و برطرف شد و هیچگونه موردی از قرار گرفتن در معرض COVID-19 در مورد شما مشخص نیست (تماس نزدیک). اگر دانش‌آموز یا یکی از اعضای خانواده او فقط یک مورد از این علائم را داشته باشند و علائم در کمتر از 24 ساعت شروع و برطرف شود و هیچگونه شواهد قطعی از قرار گرفتن آن‌ها در معرض COVID-19 وجود نداشته باشد، دانش‌آموز می‌تواند به مدرسه برگردد. حتی اگر دانش‌آموز یا یکی از اعضای خانواده دارای علائم کوتاهمدت است، لطفاً با مدرسه تماس بگیرید. در صورت برطرف شدن علائم کوتاهمدت می‌توانید روز بعد به مدرسه برگردید. آزمایش COVID-19 لازم نیست.

خیر _____

بله _____

1. آیا شما با مورد تأییدشده COVID-19 در معرض تماس نزدیک قرار گرفته‌اید؟
تماس نزدیک شامل این موارد است: در فاصله 6 فوتی یک فرد مبتلا به COVID 19 قرار گرفتن به مدت در مجموع 15 دقیقه یا بیشتر در طی 24 ساعت؛ یا با فرد مبتلا به COVID-19 در یک خانه زندگی کردن؛ یا از فرد مبتلا به COVID-19 مراقبت کردن؛ یا در تماس مستقیم با بزاق یا سایر ترشحات بدن فرد مبتلا به COVID-19 بودن.
2. آیا کسی در خانواده شما دارای علائم COVID-19 است و/ یا کسی در خانواده شما از نظر COVID-19 مورد آزمایش قرار گرفته است؟
3. آیا در 10 روز گذشته آزمایش شما یا یکی از اعضای خانواده‌تان برای ویروس فعال COVID-19 مثبت شده است؟

4. آیا طی 14 روز گذشته سابقه دارد که به‌خاطر نگرانی در مورد COVID-19 یک متخصص بهداشت عمومی یا پزشک به شما گفته باشد که خود را تحت‌نظر بگیرید یا قرنطینه کنید یا از معاشرت با دیگران دوری کنید؟

اگر پاسخ شما به هر یک از این سؤالات بله هست، در خانه بمانید و با مدرسه خود تماس بگیرید

بله _____ خیر _____

اگر به هر یک از موارد بالا پاسخ مثبت دادید، لطفاً به مدرسه نروید و از روندهای حضور و غیاب پیروی کنید.

من تصدیق می‌کنم که پاسخ‌هایم در بالا تا جایی که می‌دانم درست و دقیق هستند.

تاریخ _____ امضای دانش‌آموز _____