

Форма опроса на наличие COVID-19 для учащихся средней школы

Дополнительный документ для ответственного за борьбу с COVID-19 и координатора по вопросам проведения опросов и проверок

Департамент здравоохранения и Департамент труда и промышленности штата Вашингтон требуют от школьных округов проведения проверок всех учащихся, которые позволят определить, болеет ли учащийся COVID-19 и был ли он в тесном контакте с лицом с COVID-19.

ИМЯ УЧАЩЕГОСЯ _____

ДАТА _____

За последние 24 часа вы или любой человек у вас дома испытывали любой из следующих симптомов?

- Температура 100,4 °F или выше
- Потеря чувства вкуса или запаха
- Кашель
- Боль в горле*
- Одышка или затрудненное дыхание
- Заложенность носа или насморк*
- Озноб
- Тошнота или рвота*
- Усталость*
- Диарея*
- Мышечная боль или боли в теле*
- Другие признаки новой болезни
- Головная боль*

* *Кратковременный симптом: если у учащегося есть **только один** из таких симптомов, симптом возникает и исчезает за менее чем 24 часа **И** у вас не было известных контактов с носителями COVID-19 (близкий контакт). Если у учащегося или любого человека у вас дома есть только один из этих симптомов, но информации о возможном контакте с носителем COVID нет, а этот симптом возникает и исчезает менее чем за 24 часа, учащийся может вернуться в школу. Информировать школу даже о кратковременном появлении симптомов у учащегося или любого человека у вас дома. Анализ на COVID-19 не требуется.*

ДА _____

НЕТ _____

1. Ваш учащийся был в тесном контакте с кем-либо, у кого подтвержден диагноз COVID-19? *Близким контактом считаются: нахождение в пределах 6 футов от носителя COVID 19 в течение (в сумме) 15 минут или более продолжительного времени за 24-часовой период; **ЛИБО** проживание вместе с носителем COVID-19; **ЛИБО** уход за носителем COVID-19; **ЛИБО** прямой контакт со слюной или другими выделениями тела носителя COVID-19.*
2. Есть ли у кого-нибудь у вас дома симптомы, напоминающие COVID-19? Сдавал ли кто-нибудь у вас дома тест на COVID-19?
3. Был ли у вашего учащегося или любого человека у вас дома положительный результат теста на активный вирус COVID-19 за последние 10 дней?
4. В течение последних 14 дней сотрудники учреждений общественного здравоохранения или медицинские специалисты рекомендовали вашему учащемуся контролировать свое состояние, соблюдать самоизоляцию или карантин в связи с вероятностью заболевания COVID-19?

Если вы ответите «ДА» на любой из этих вопросов, оставайтесь дома и сообщите об этом в свою школу.

ДА _____

НЕТ _____

Если вы ответили утвердительно на любой из вышеперечисленных вопросов, не идите в школу и следуйте политике посещения занятий.

Я подтверждаю, что мои ответы, данные выше, являются правдивыми и точными, насколько мне известно.

Подпись учащегося или (при невозможности) родителя

Дата