



# COVID-19

امروز پیش از شروع کار، لطفاً به سوالات زیر پاسخ دهید.

نام: \_\_\_\_\_

ساعت: \_\_\_\_\_

تاریخ: \_\_\_\_\_

## آیا هیچیک از علائم زیر را دارید (جدید یا تشدید شده):



بله  
 خیر

تب



بله  
 خیر

سرفه



بله  
 خیر

دشواری نفس



بله  
 خیر

گلودرد، مشکل در بلع



بله  
 خیر

آبریزش بینی



بله  
 خیر

از دست دادن حس چشایی یا بویایی



بله  
 خیر

احساس کسالت



بله  
 خیر

حالت تهوع، استفراغ، اسهال

آیا در 14 روز گذشته بدون استفاده از لوازم محافظتی شخصی مناسب (PPE) با شخصی که تشخیص COVID-19 وی تأیید شده در تماس نزدیک بوده اید؟  بله  خیر

آیا طی 14 روز گذشته از یک سفر خارجی به کانادا بازگشته اید؟  بله  خیر

اگر پاسخ شما به هر یک از این سوالات، «بله» است، فوراً به خانه و قرنطینه شخصی بروید. برای اینکه بدانید آیا به آزمایش نیاز دارید یا خیر، با سرویس خدمات بهداشتی از راه دور Telehealth یا تامین کننده خدمات بهداشتی و درمانی خود تماس بگیرید.