



كوفيد-19

رجاء الإجابة على الأسئلة التالية قبل بدء عملك اليوم.

الاسم: _____

التاريخ: _____
الوقت: _____

هل لديك أي من الأعراض التالية (جديدة أو ساءت):



نعم
لا

حمى



نعم
لا

سعال



نعم
لا

صعوبة في التنفس



نعم
لا

التهاب في الحلق، صعوبة في البلع



نعم
لا

رشح في الأنف



نعم
لا

فقدان حاسة التذوق أو الشم



نعم
لا

لا تشعر انك على ما يرام صحياً



نعم
لا

غثيان، قيء، اسهال

هل كنت على اتصال وثيق مع شخص لديه كوفيد-19- مؤكّد خلال الـ 14 يوماً الماضية بدون أن تكون مرتدياً معدات الحماية الشخصية المناسبة؟
نعم
لا

هل عدت من السفر من خارج كندا خلال الـ 14 يوماً الماضية؟
نعم
لا

إذا كانت الإجابة "نعم" لأي من هذه الأسئلة، رجاء الذهاب إلى منزلك واعزل نفسك فوراً.
اتصل على Telehealth أو مقدم الرعاية الصحية لك واعرف إذا كنت تحتاج إلى فحص أم لا.