



COVID-19

براہ کرم آج اپنا کام شروع کرنے سے پہلے ذیل کے سوالات مکمل کریں۔

نام:

تاریخ:

_____ وقت: _____

کیا آپ کو درج ذیل میں سے کوئی ہے (جو نیا ہو بدتر ہو رہا ہو):



ہاں
نہیں

بخار



ہاں
نہیں

کھانسی



ہاں
نہیں

سانس لینے میں دقت



ہاں
نہیں

گلے میں خراش، نکلنے میں پریشانی



ہاں
نہیں

ناک بہنا



ہاں
نہیں

ذائقے یا بو کا فقدان



ہاں
نہیں

طبیعت ٹھیک محسوس نہیں کرنا



ہاں
نہیں

متلی، الٹی، اسہال

کیا آپ پچھلے 14 دنوں میں کسی ایسے فرد کے قریبی رابطے میں رہے ہیں جو بیمار ہے یا جسے تصدیق شدہ COVID-19 ہے؟

ہاں
نہیں

کیا آپ پچھلے 14 دنوں میں کینیڈا سے باہر کے سفر سے لوٹے ہیں؟

ہاں
نہیں

اگر آپ نے ان میں سے کسی بھی سوال کا جواب ہاں میں دیا تو، گھر جائیں اور اسی وقت خود کو الگ تھلگ کریں۔ ٹیلی ہیلتھ یا اپنے نگہداشت صحت فراہم کنندہ کو کال کر کے پتہ کریں کہ آیا آپ کو جانچ کی ضرورت ہے۔