



# COVID-19

مهرباني وکړئ نن د خپل کار پیل کولو دمخه لاندې پوښتنې بشپړې کړئ.

نوم: \_\_\_\_\_

وخت: \_\_\_\_\_

نېټه: \_\_\_\_\_

## ايا تاسو د لاندې شيانو کوم يو لری (نوی يا زیاتېدونکی):



هو   
نه

تبه



هو   
نه

توخی



هو   
نه

نفس تنګي



هو   
نه

د ستوني درد، په تیرولو کې ستونزه



هو   
نه

بهبډونکې پوزه



هو   
نه

د خوند يا بوی له لاسه ورکول



هو   
نه

د ناروغتیا احساس کول



هو   
نه

زړه بدیدل، کانګې، اسهال

ايا په تیرو 14 ورځو کې مو له داسې يو چا سره د شخصي محافظت وسایلو (PPE) له استعمال پرته نږدې تماس لری دی چې په COVID-19 اخته کیدل یې تثبیت شوي دي؟  هو  نه

ايا تاسو په تیرو 14 ورځو کې له کاناډا بهر ته د سفر څخه بیرته راستون شوی یی؟  هو  نه

که له دې پوښتنو څخه کومې یوې ته مو مثبت ځواب ورکړی وي، نو سمډلاسه کور ته لارښی او ځان تجرید يا کوبسه کړئ. Telehealth يا ستاسو د روغتیا پاملرنې چمتو کونکي سره اړیکه ونیسئ، ترڅو معلومه کړئ چې آزمویښي يا ټیسټ ته اړتیا لری که نه.