



COVID-19

لطفاً قبل از شروع کار امروز سوالات ذیل را تکمیل کنید.

نام: _____

تاریخ: _____

وقت: _____

آیا کدام یکی از موارد ذیل (جدید یا روبه بدتر شدن) را دارید:



بلی
 نخیر

تب



بلی
 نخیر

سرفه



بلی
 نخیر

نفس تنگی



بلی
 نخیر

گلو درد، مشکل در بلع



بلی
 نخیر

آبریزش بینی



بلی
 نخیر

از دست دادن طعم و بو



بلی
 نخیر

احساس بیمار شدن



بلی
 نخیر

حالت تهوع، استفراغ، اسهال

آیا در 14 روز گذشته با کسی که مصاب شدن اش به COVID-19 تثبیت شده باشد، تماس نزدیک بدون استعمال وسایل حفاظت شخصی (PPE) مناسب داشته اید؟ بلی نخیر

آیا در 14 روز گذشته از سفر به خارج از کانادا برگشته اید؟ بلی نخیر

اگر به هر یکی از این سوالات پاسخ مثبت داده اید، بلا فاصله به خانه بروید و خود را تحت تجرید یا انزوا قرار دهید. برای اطلاع از اینکه آیا نیاز به آزمایش یا تست دارید، با Tele-health یا ارائه دهنده خدمات طبی خود تماس بگیرید.