



الاسم: _____

التاريخ: _____

الوقت: _____

1. هل يعاني طفلك أي من الأعراض التالية مؤخرًا أو تفاقمت حديثًا؟*



نعم

لا

فقدان حاسة التذوق أو الشم



نعم

لا

صعوبة التنفس



نعم

لا

سعال



نعم

لا

حمى < 37.8 درجة مئوية

إذا كانت الإجابة "نعم": يجب البقاء بالمنزل مع العزل الذاتي والخضوع للفحص أو تواصل مع مقدم الرعاية الصحية لطفلك.

2. هل يعاني طفلك أي من الأعراض التالية مؤخرًا أو تفاقمت حديثًا؟*



نعم

لا

التوعك، ألم العضلات، الشعور بالإرهاق



نعم

لا

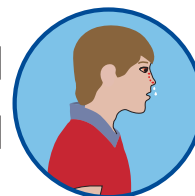
غثيان، قيء، إسهال



نعم

لا

صداع



نعم

لا

سيلان/انسداد الأنف



نعم

لا

التهاب الحلق، ألم عند البلع

إذا كانت الإجابة "نعم" عن عرضين أو أكثر:

- يجب البقاء بالمنزل مع العزل الذاتي والخضوع للفحص أو تواصل مع مقدم الرعاية الصحية لطفلك.

إذا كانت الإجابة "نعم" عن عرض واحد:

- يجب البقاء بالمنزل 24 ساعة منذ وقت بدء العرض.
- إذا ظهر تحسن خلال 24 ساعة، يمكن العودة إلى المدرسة. لا حاجة إلى إجراء فحص.
- إذا لم يظهر تحسن، أو تفاقمت الحالة، يجب العزل الذاتي والخضوع للفحص.

نعم لا

3. هل سافر طفلك خارج كندا خلال الـ 14 يومًا الماضية؟

نعم لا

4. هل تم تحديد أن طفلك كان على صلة وثيقة بشخص مصاب بفيروس كوفيد-19؟

نعم لا

5. هل تلقى طفلك تعليمات للبقاء في المنزل والعزل الذاتي؟

إذا كانت الإجابة "نعم" عن السؤال 3 أو 4 أو 5:

- يجب على طفلك البقاء بالمنزل مع العزل الذاتي واتباع نصائح الصحة العامة.

*الأطفال الذين يعانون حالة صحية راهنة شخصها مقدم رعاية صحية تتسبب لهم في حدوث الأعراض، يجب عدم الإجابة "نعم"، ما لم تكن الأعراض جديدة أو مختلفة أو تفاقمت حديثًا. انتبه إلى تغير الأعراض لدى طفلك عن تلك التي اعتاد عليها.