




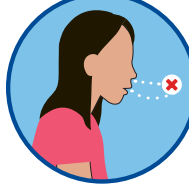


# COVID-19

பள்ளி பரிசோதனைக்கான  
சுவரொட்டி:


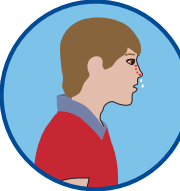


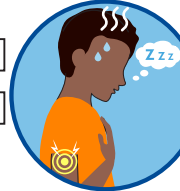
ரபயர்: \_\_\_\_\_ சததி: \_\_\_\_\_ சே ம்: \_\_\_\_\_

1. பின்வரும் புதிய அல்லது மோசமான அறிகுறிகள் ஏதேனும் உங்கள் குழந்தைக்கு உள்ளதா?\*

|                                |   |                                |   |                                |  |                                |   |
|--------------------------------|---|--------------------------------|---|--------------------------------|--|--------------------------------|---|
| ஆம் <input type="checkbox"/>   |  | ஆம் <input type="checkbox"/>   |  | ஆம் <input type="checkbox"/>   |  | ஆம் <input type="checkbox"/>   |  |
| இல்லை <input type="checkbox"/> |   | இல்லை <input type="checkbox"/> |   | இல்லை <input type="checkbox"/> |  | இல்லை <input type="checkbox"/> |   |
|                                | காய்ச்சல் > 37.8°C  |                                | இருமல்  |                                | மூச்சுத்திணறல்   |                                | சுவை அல்லது<br>வாசனையின்மை  |

“ஆம்” என்றால்: வீட்டிலேயே இருங்கள், சுயமாக தனிமைப்படுத்தி பரிசோதனை செய்து கொள்ளுங்கள் அல்லது உங்கள் குழந்தையின் சுகாதார வழங்குநரைத் தொடர்பு கொள்ளுங்கள்.

2. பின்வரும் புதிய அல்லது மோசமான அறிகுறிகள் ஏதேனும் உங்கள் குழந்தைக்கு உள்ளதா?\*

|                                |   |                                |   |                                |   |                                |   |                                |   |
|--------------------------------|---|--------------------------------|---|--------------------------------|---|--------------------------------|---|--------------------------------|---|
| ஆம் <input type="checkbox"/>   |  | ஆம் <input type="checkbox"/>   |  | ஆம் <input type="checkbox"/>   |  | ஆம் <input type="checkbox"/>   |  | ஆம் <input type="checkbox"/>   |  |
| இல்லை <input type="checkbox"/> |   | இல்லை <input type="checkbox"/> |   | இல்லை <input type="checkbox"/> |   | இல்லை <input type="checkbox"/> |   | இல்லை <input type="checkbox"/> |   |
|                                | தொண்டைப்புண், உணவு<br>விழுங்குவதில் வலி   |                                | மூக்கடைப்பு/<br>மூக்கு ஒழுகுதல்   |                                | தலைவலி  |                                | குமட்டல், வாந்தி,<br>வயிற்றுப்போக்கு  |                                | உடல்நிலை<br>சரியில்லாமை, தசை<br>வலி, சோர்வு   |

1 வது அறிகுறிக்கு “ஆம்” என்றால்:

- அறிகுறி தொடங்கியதிலிருந்து 24 மணி நேரம் வீட்டிலேயே இருங்கள்.
- 24 மணி நேரத்தில் முன்னேற்றம் இருந்தால், பள்ளிக்கு திரும்பலாம். பரிசோதனை தேவையில்லை.
- முன்னேற்றம் இல்லை என்றாலோ இன்னும் மோசமான நிலை ஏற்பட்டாலோ, சுயமாக தனிமைப்படுத்திக்கொண்டு பரிசோதனை செய்துக் கொள்ளவும்.

2 அல்லது அதற்கு மேற்பட்ட அறிகுறிகளுக்கு

“ஆம்” என்றால்:

வீட்டிலேயே இருங்கள், சுயமாக தனிமைப்படுத்திக் கொண்டு பரிசோதனை செய்து கொள்ளுங்கள் அல்லது உங்கள் குழந்தையின் சுகாதார வழங்குநரைத் தொடர்பு கொள்ளுங்கள்.

3. கடந்த 14 நாட்களில் உங்கள் குழந்தை கனடாவுக்கு வெளியே பயணம் செய்தாரா?

ஆம்  இல்லை

4. உங்கள் குழந்தை COVID-19 உள்ளவரிடம் நெருங்கிய தொடர்பு வைத்திருந்தார் என அடையாளம் காணப்பட்டுள்ளதா?

ஆம்  இல்லை

5. உங்கள் குழந்தை வீட்டிலேயே இருக்கவும், சுயமாக தனிமைப்படுத்திக் கொள்ளவும் அறிவுறுத்தப்பட்டுள்ளதா?

ஆம்  இல்லை

3, 4 அல்லது 5 வது கேள்விகளுக்கு “ஆம்” என்று பதிலளித்திருந்தால்:

- உங்கள் குழந்தை வீட்டிலேயே இருக்க வேண்டும், சுயமாக தனிமைப்படுத்திக் கொள்ள வேண்டும் மற்றும் பொது சுகாதாரத்தின் ஆலோசனையைப் பின்பற்ற வேண்டும்

\* புதிய, வேறுபட்ட அல்லது மோசமடைந்த அறிகுறிகள் தவிர, ஒரு சுகாதாரப் பாதுகாப்பு வழங்குநரால் அடையாளம் காணப்பட்ட ஏற்கனவே இருக்கும் உடல்நிலை இருந்து அதனால் ஏற்படும் அறிகுறிகள் உங்கள் குழந்தைக்கு இருந்தால் நீங்கள் ஆம் என்று பதிலளிக்கக்கூடாது. உங்கள் குழந்தையின் இயல்பான அறிகுறிகளிலிருந்து மாற்றங்கள் உள்ளதா என்று பாருங்கள்.