



# COVID-19 学校筛查海报:

姓名: \_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_\_ 时间: \_\_\_\_\_

## 1. 您的孩子是否有以下新发或恶化的症状?\*

是 <input type="checkbox"/>		是 <input type="checkbox"/>		是 <input type="checkbox"/>		是 <input type="checkbox"/>	
否 <input type="checkbox"/>		否 <input type="checkbox"/>		否 <input type="checkbox"/>		否 <input type="checkbox"/>	

发烧, 高于 37.8°C


咳嗽

咳嗽 呼吸困难

失去味觉/嗅觉

如果您的答案是“是”, 孩子应该留在家里自我隔离, 进行病毒检测或联系孩子的健康医生。

## 2. 您的孩子是否有以下新发或恶化的症状?\*

是 <input type="checkbox"/>		是 <input type="checkbox"/>		是 <input type="checkbox"/>		是 <input type="checkbox"/>		是 <input type="checkbox"/>	
否 <input type="checkbox"/>		否 <input type="checkbox"/>		否 <input type="checkbox"/>		否 <input type="checkbox"/>		否 <input type="checkbox"/>	

喉咙痛, 吞咽困难

鼻塞, 或流鼻涕

头痛

恶心、呕吐、  
腹泻

感觉不适、肌肉疼痛、乏力

### 如果出现其中一项症状:

- 从出现症状的时间算起, 留在家中24小时;
- 如果24小时内情况改善, 可以返校, 无需进行病毒检测。
- 如果病情没有改善, 或病情恶化, 请自我隔离, 进行病毒检测。

### 如果出现其中两项或多项症状:

- 孩子应留在家中自我隔离, 进行病毒检测或联系孩子的健康医生。

3. 您的孩子是否在最近14天内离开过加拿大?

是  否

4. 您的孩子是否和2019新型冠状病毒肺炎患者有过密切接触?

是  否

5. 您的孩子是否被要求留在家中自我隔离?

是  否

### 如果对第3、4或5项问题的回答是“是”:

- 孩子应该留在家中自我隔离, 并遵从公共卫生部门的要求。

\*如果孩子因为已有的健康问题(业已经医生确认)而出现这些症状的, 请勿回答“是”; 但症状新发、与已确认病症不同或恶化的除外。请注意观察孩子病症的变化。