

ابزار غربالگری COVID-19 ویژه دانش‌آموزان K-12
لطفا قبل از ورود به مدرسه تکمیل کنید:



1. آیا دانش‌آموز یکی از علائم جدید یا بدتر شونده زیر را دارد؟*



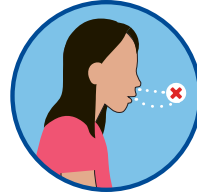
تب $< 37.8^{\circ}C$



سرفه



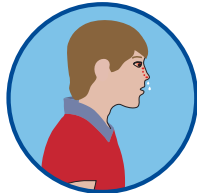
تنگی نفس



از دست دادن حس چشایی یا بویایی



احساس ناخوشی، درد عضلانی یا خستگی



گرفتگی یا آبریزش بینی



سردرد



گلودرد یا درد در زمان بلعیدن



تهوع، استفراغ یا اسهال

با یک تامین‌کننده خدمات سلامت تماس بگیرید



یا

آزمایش دهید



+

در خانه بمانید و خود را ایزوله کنید



اگر جواب هر یک از این علائم «بله» بود:

خیر بله

2. آیا در خانواده شما کسی هست که یکی از علائم بالا را داشته باشد؟

خیر بله

3. آیا در خانواده شما کسی در 14 روز گذشته به خارج از کانادا سفر کرده است؟

خیر بله

4. آیا در خانواده شما به کسی اطلاع داده شده است که با فرد مبتلا به COVID-19 در تماس نزدیک بوده است یا باید در خانه مانده و خود را ایزوله کند؟

طبق توصیه بهداشت عمومی عمل کنید



+

در خانه بمانید



اگر جواب سوال‌های 2، 3 یا 4 «بله» است:

* کودکانی که مشکل سلامت قبلی دارند که توسط یک تامین‌کننده خدمات سلامت شناسایی شده است و علائم دارند، نباید جواب بله بدهند، مگر آن‌که علامت جدید یا متفاوت باشد یا بدتر شود. به دنبال تغییر در علائم عادی فرزند خود باشید.