



نام: _____

تاریخ: _____

ساعت: _____

1. آیا جدیداً فرزند شما یکی از علائم جدید زیر را دارد یا قبلاً داشته و بدتر شده است؟*



بله
خیر

از دست دادن حس چشایی یا بویایی



بله
خیر

تنگی نفس



بله
خیر

سرفه



بله
خیر

تب $C8/37^{\circ}$

اگر «بله»: در خانه بمانید، خود را ایزوله کنید و آزمایش بدهید یا با تامین‌کننده خدمات مراقبت از کودک خود تماس بگیرید.

2. آیا فرزند شما یکی از علائم جدید زیر را داشته یا قبلاً داشته و بدتر شده است؟*



بله
خیر

احساس ناخوشی، درد ماهیچه، احساس خستگی



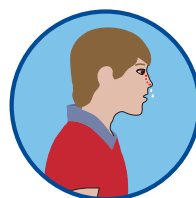
بله
خیر

حالت تهوع، استفراغ، اسهال



بله
خیر

سر درد



بله
خیر

گرفتگی/آبریزش بینی



بله
خیر

گلودرد، درد هنگام قورت دادن

اگر جواب علائم شماره 2 «بله» است:

- در خانه بمانید، خود را ایزوله کنید و آزمایش بدهید یا با تامین‌کننده خدمات مراقبت از کودک خود تماس بگیرید.

اگر جواب علائم شماره 1 «بله» است:

- به مدت 24 ساعت از زمان شروع علائم در منزل بمانید.
- اگر ظرف 24 ساعت بهتر شد، می‌توانید به مدرسه برگردید.
- نیاز به آزمایش نیست.
- اگر بهتر نشد، یا بدتر شد، خود را ایزوله کرده و آزمایش بدهید.

3. آیا فرزند شما در 14 روز اخیر به خارج از کانادا سفر داشته است؟

بله خیر

4. آیا فرزند شما با فرد مبتلا به COVID-19 تماس داشته است؟

بله خیر

5. آیا به فرزند شما گفته شده است که در خانه بماند و خود را ایزوله کند؟

بله خیر

اگر جواب سوال‌های 3، 4 یا 5 «بله» است:

- فرزند شما باید در خانه بماند، خود را ایزوله کند و توصیه بهداشت عمومی را رعایت کند.

* کودکانی که از قبل مشکل سلامتی دارند که یک تامین‌کننده خدمات مراقبتی آن را تشخیص داده است و به آن علت علائم دارند، نباید جواب بله بدهند، مگر آن‌که علائم جدید یا متفاوت باشد و یا بدتر شود. تغییر علائم عادی فرزند خود را بررسی کنید.