



COVID-19

آیا هیچ یک از موارد زیر را دارید:



گلودرد، مشکل در بلع



مشکل تنفسی یا تنگی نفس



سرفه



تب یا لرز



ناخوشی، خستگی مفرط،
گرفتگی عضلانی



تهوع، استفراغ، اسهال



کاهش یا از دست دادن
حس چشایی یا بویایی



آبریزش/گرفتگی بینی

آیا با فردی که نتیجه آزمایش COVID-19 او مثبت بوده است، بدون پوشیدن PPE مناسب در تماس بوده‌اید؟



(3) آیا در 14 روز گذشته به خارج از کانادا سفر کرده‌اید؟



اگر به هر یک از این سوال‌ها جواب بله دادید، به منزل رفته و خود را ایزوله کنید. با Telehealth یا تامین‌کننده خدمات سلامت خود تماس بگیرید و سوال کنید آیا نیاز به آزمایش دارید.

