

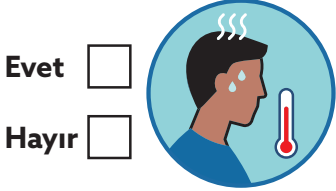


# COVID-19

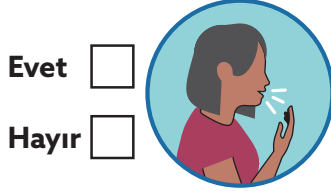
Lütfen bugün işe başlamadan önce doldurun.

İsim: \_\_\_\_\_ Tarih: \_\_\_\_\_ Saat: \_\_\_\_\_

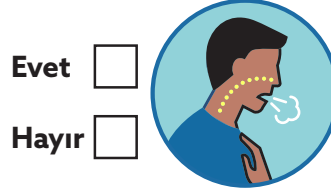
## 1.) Aşağıdaki yeni veya kötüleşen belirtilerden herhangi birine sahip misiniz?\*



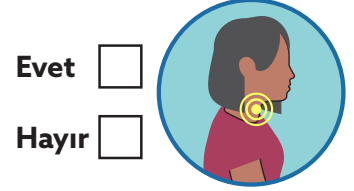
Ateş veya titreme



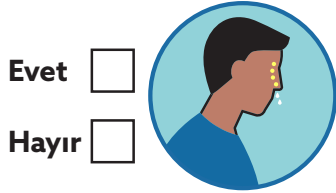
Öksürük



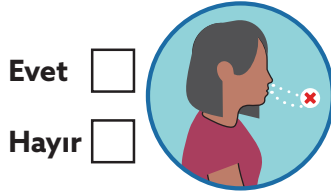
Nefes darlığı veya  
solunum güçlüğü



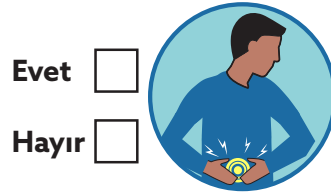
Boğaz ağrısı, yutkunma  
zorluğu



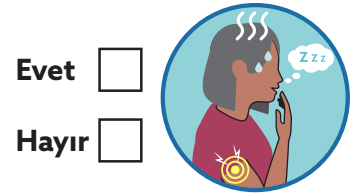
Burun akıntısı/tıkanıklığı



Tat veya koku  
kayıbı veya azalması



Bulantı, kusma,  
ishal



Halsizlik, aşırı  
yorgunluk, kas ağrısı

## 2.) COVID-19 olduğu doğrulanmış veya şüphelenilen bir kişiyle uygun kişisel koruyucu ekipman giymeden yakın temasta buldunuz mu? Evet Hayır

## 3.) Geçtiğimiz 14 gün içinde Kanada dışına seyahat ettiniz mi? Evet Hayır

\*Yeni, farklı veya kötüleşen belirti söz konusu olmadığı sürece, belirtilerin süregelen bir rahatsızlığınızdan kaynaklandığı durumda EVET cevabı vermemeniz gerekir. Normal belirtilerinizdeki değişikliklere bakın.

Bu soruların herhangi birine EVET cevabı verdiyseniz eve gidip kendinizi izole edin. Test olmanız gerekip gerekmediğini öğrenmek için Telehealth hattını veya sağlık uzmanınızı arayın.

Bütün sorulara HAYIR cevabı verdiyseniz işe gidebilir/faaliyetinize katılabilirsiniz.

Aşağıdaki sorular 364/20 sayılı Ontario Yönetmeliği uyarınca bir iş yerine (işletme veya organizasyon) girmeden önce COVID-19 taraması için kullanılır. Aynı zamanda başka faaliyetler için de kullanılabilir.

Turkish