STOP COVID-19 及呼吸道病毒

儿童／学生／成人每日筛查。家长／监护人可以替孩子填写。

2022 年 9 月 6 日

1. 您是否有下述症状（新发或加剧）*? 是 ☐ 否 ☐

A) 一项或以上：

发烧 37.8°C 以上及／或发冷

咳嗽

呼吸困难

味觉／嗅觉衰退或丧失

B) 两项或以上：

喉咙痛

头痛

极度疲倦

流鼻涕／鼻塞

肌肉／关节痛

恶心／呕吐／腹泻

2. 在过去 10 日内，您是否曾 COVID-19 检测呈阳性并出现相关症状? 是 ☐ 否 ☐

如果您对第 1 题或第 2 题的回答为「是」，请留在家中自我隔离

采取额外措施**

3. 您是否只有第 1(B) 题中的一项症状或下述任何症状（新发或加剧）？* 是 ☐ 否 ☐

- 腹痛
- 红眼病
- 食欲不振

如回答为「是」请留在家中，直至症状缓解达 24 小时（如为恶心／腹泻／呕吐，则为 48 小时）且没有其他新症状

4. 您是否被告知（如医生、联邦边检人员、公共卫生部门等）目前需要居家隔离或者不要去学校／日托中心? 是 ☐ 否 ☐

如回答为「是」请留在家中 + 遵循您收到的指示

5. 您是否被告知为 COVID-19 阳性者或有相关症状者的密切接触者? 是 ☐ 否 ☐

如回答为「是」采取额外措施 + 如出现症状*，立即自我隔离

*如果症状源自已知的健康问题，请选择「否」。如果症状为新发、出现变化或加剧，请选择「是」。若轻度疲倦、肌肉或关节疼痛的症状出现在接种 COVID-19 或流感疫苗的 48 小时内，请选择「否」。

**采取额外措施指：在所有公共场所佩戴贴合的口罩，避免进行需要摘下口罩的活动，以及不要探访高风险人士或设施。