

استمارة تأكيد – العودة إلى مركز رعاية الطفل/ المدرسة

الرجاء وضع علامة في مربع واحد فقط للتأكيد بأن طفلك يمكنه العودة إلى مركز رعاية الطفل/ المدرسة. إن توقيعك على هذه الاستمارة، هو تأكيد بأن المعلومات صحيحة.

اسم الطالب: _____

كان طفلي مريضاً:

- كانت نتيجة فحص كوفيد – 19 لطفلي سلبية باستخدام اختبار PCR، وتحسنت الأعراض عنده منذ أكثر من 24 ساعة (48 ساعة بالنسبة لأعراض الغثيان، القيء، الإسهال). ملاحظة: نتيجة الفحص السلبية باستخدام أداة فحص المستضد السريع لا تسمح للطفل / الطالب بالعودة إلى مركز رعاية الطفل/ المدرسة.
- لم يتم إجراء فحص كوفيد – 19 لطفلي، ولكن استكمل 10 أيام عزل ذاتي منذ بداية الأعراض. لا يعاني طفلي من الحمى (دون تناول دواء خافض للحرارة)، وطرأ تحسن على الأعراض عنده منذ أكثر من 24 ساعة (48 ساعة بالنسبة لأعراض الغثيان، القيء، الإسهال).
- كانت نتيجة فحص كوفيد – 19 لطفلي إيجابية باستخدام اختبار PCR، وقد استكمل 10 أيام في العزل الذاتي منذ بداية الأعراض (أو منذ إجراء الفحص). لم يتم إدخال طفلي إلى المستشفى، ولا يعاني طفلي من الحمى (دون تناول دواء خافض للحرارة) وطرأ تحسن على الأعراض.
- أكد أحد مقدمي الرعاية الصحية بأن طفلي غير مصاب بكوفيد – 19 وتم تشخيص مرضه بأنه لا يتعلق بكوفيد – 19. طرأ تحسن على الأعراض عنده منذ أكثر من 24 ساعة (48 ساعة بالنسبة لأعراض الغثيان، القيء، الإسهال).
- طفلي لم يكن في مركز رعاية الطفل/ المدرسة لأسباب أخرى. وطفلي ليس مريضاً وليس عنده أعراض المرض، كما أنه لا يعاني من التهاب الجهاز التنفسي.

أحد أفراد أسرتي (مثل أحد الوالدين، أحد الأشقاء) كان مريضاً ويعاني من أعراض كوفيد – 19:

- كانت نتيجة فحص كوفيد – 19 لأحد أفراد الأسرة سلبية باستخدام اختبار PCR، وطفلي (المذكور اسمه أعلاه) يمكنه العودة إلى مركز رعاية الطفل/ المدرسة الآن.
- أكد أحد مقدمي الرعاية الصحية بأن ذلك الفرد في أسرتي غير مريض بكوفيد – 19، وكان تشخيص مرضه بأنه لا يتعلق بكوفيد – 19. طرأ تحسن على الأعراض عنده منذ أكثر من 24 ساعة. يمكن لطفلي (المذكور اسمه أعلاه) العودة إلى مركز رعاية الطفل/ المدرسة الآن.

لم يتم إجراء فحص كوفيد – 19 لذلك الفرد في أسرتي، ولكن طفلي (المذكور اسمه أعلاه) استكمل 10 أيام في العزل الذاتي.

طفلي بصحة جيدة ولا يعاني من أعراض.

المخالط لشخص كانت نتيجته لفحص كوفيد – 19 إيجابية:

كان طفلي مخالطاً لشخص نتيجته لفحص كوفيد – 19 إيجابية، وقد استكمل 10 أيام في العزل الذاتي. طفلي بصحة جيدة ولا يعاني من أعراض.

كان طفلي مخالطاً لشخص نتيجته لفحص كوفيد – 19 كانت إيجابية. طفلي حاصل على اللقاح كاملاً*. طفلي بصحة جيدة لا يعاني من أعراض.

كان طفلي مخالط لشخص نتيجته لفحص كوفيد – 19 كانت إيجابية. وكانت نتيجة فحص كوفيد – 19 لطفلي إيجابية وذلك خلال 90 يوماً الماضية، وتم اعتباره من قبل الصحة العامة بأنه قد شُفي تماماً. طفلي بصحة جيدة ولا يعاني من أعراض.

السفر مؤخراً خارج كندا:

عاد طفلي من السفر خارج كندا، وبقي طفلي في المنزل 14 يوماً مدة الحجر الصحي، وتم إجراء الفحص في حال الطلب. طفلي بصحة جيدة ولا يعاني من أعراض.

عاد طفلي من السفر خارج كندا. طفلي حاصل على اللقاح كاملاً* قبل دخوله إلى كندا، وتم إجراء الفحص في حال الطلب. طفلي بصحة جيدة ولا يعاني من أعراض.

تاريخ فحص كوفيد – 19 (إذا كان ينطبق): _____ (اليوم/ الشهر/ السنة)

أصرح بأن طفلي بصحة جيدة، ويمكنه العودة إلى مركز رعاية الطفل/ المدرسة.

اسم ولي الأمر / الوصي: _____

التوقيع: _____ التاريخ: _____ (اليوم/ الشهر/ السنة)

* الحاصل على اللقاح كاملاً هو من مضى عليه 14 يوماً منذ تطعيمه بالجرعة الثانية من أحد لقاحات كوفيد – 19 أو وفق ما تحدد وزارة صحة أونتاريو.

يجب إعادة الاستمارة بعد الإجابة عليها إلى مركز رعاية الطفل/ المسؤول في المخيم الصيفي أو مدير مدرسة طفلك.

الرجاء أخذ العلم: يعود لكل مسؤول / مدرسة / مجلس المدرسة اختيار قبول واستخدام هذه الاستمارة.