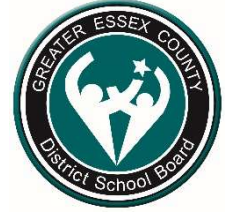


مجلس مدارس مقاطعة إسيكس الكبرى التقييم الذاتي لكورونا COVID-19



أنا أعمل هذا التقييم كطالب

هل سافرت خارج كندا في آخر 14 يوماً ؟

إذا كان لديك إستثناء حسب متطلبات الحجر الصحي الفيدرالية، اختر "لا".

عند الوصول الى كندا ، إذا كان موظف الجمارك (وكالة خدمات الحدود الكندية) : هل نصحوك بالعزل الذاتي ،

إذا كان كذلك اختر "نعم" لهذا السؤال واتبع الإرشادات المطلوبة

إذا لم يتم نُصحك بالعزل الذاتي، ثم يرجى اختيار "لا"

نعم

لا

هل أخبرك طبيب أو مقدم رعاية صحية أو وحدة صحة عامة أنه يجب عليك العزل حالياً (البقاء في المنزل)؟

ويمكن أن يكون ذلك بسبب تفشي المرض أو تتبع المخالطين

نعم

لا

خلال الأيام العشرة الماضية، هل تم تعريفك أنك كنت "على اتصال قريب" مع شخص مُصاب حالياً بكورونا COVID-19؟

إذا نصحتك الصحة العامة بأنك لست بحاجة إلى عزل ذاتي، اختر "لا"

نعم

لا

خلال الأيام العشرة الماضية ، هل تلقيت إشعاراً بإبلاغك التعرض لكورونا COVID على هاتف الجوال؟

"إذا كنت قد ذهبت بالفعل للاختبار وحصلت على نتيجة سلبية، اختر "لا"

نعم

لا

هل هناك أي شخص تعيش معه حالياً يعاني من أي أعراض كورونا COVID-19 جديدة و / أو في انتظار نتائج الاختبار بعد وجود أعراض؟

إذا حصل الشخص على لقاح كورونا COVID-19 في الساعات ال 48 الماضية ويعاني من صداع خفيف وتعب وآلام في العضلات و / أو ألم في المفاصل لم يبدأ إلا بعد

التطعيم ، اختر "لا"

إذا أخذت التطعيمات بالكامل، اختر "لا"

(التطعيم الكامل يعني أنه قد مرَّ 14 يوماً أو أكثر منذ الجرعة النهائية من أي من لقاح الجرعتين أو الجرعة الواحدة)

نعم

لا

خلال الأيام العشرة الماضية، هل حصلت على نتيجة اختبار المستضاد السريع أو أداة الاختبار الذاتي المنزلية إيجابية؟

إذا كنت قد حصلت على نتيجة سلبية منذ ذلك الحين من خلال اختبار PCR المستندة إلى مختبر، اختر "لا"

نعم

لا

مجلس مدارس مقاطعة إسيكس الكبرى
التقييم الذاتي لكورونا COVID-19



الإسم: _____

التاريخ (الشهر/اليوم/السنة) _____

هل تعاني حالياً من أي من هذه الأعراض؟

يرجى وضع علامة في المربع المناسب.

اختر أي/ كل ما هو جديد أو إذا كانت الحالة تزداد سوءاً، ولا ترتبط بأسباب أو حالات أخرى موجودة لديك مسبقاً.

حمى (آلام وحرارة مرتفعة) و/أو قشعريرة (برودة وسخونة)
درجة حرارة 37.8 درجة مئوية/100 درجة فهرنهايت أو أعلى

السعال أو السعال الديكي (الخنق)
مستمر، أكثر من المعتاد، مع صفير مزعج عند التنفس (لا علاقة لها بالربو، والقنوات الهوائية التفاعلية بسبب عدوى، مرض الانسداد الرئوي المزمن، أو غيرها من الأسباب المعروفة أو الحالات الموجودة لديك سابقاً)

ضيق في التنفس
لهثان أثناء التنفس، عدم المقدرة على التنفس بعمق (لا علاقة له بالربو أو الأسباب أو الحالات المعروفة الأخرى التي لديك مسبقاً)

قلة أو فقدان للطعم أو الرائحة
لا علاقة لها بالحساسية الموسمية أو الاضطرابات العصبية أو غيرها من الأسباب أو الحالات المعروفة التي تعانيها مسبقاً

الغثيان والقيء و/ أو الإسهال
لا علاقة بمتلازمة القولون العصبي، والقلق، وتشنجات الحيض، أو غيرها من الأسباب أو الحالات المعروفة لديك مسبقاً

لا شيء مما سبق

إذا اخترت 1 أو أكثر من مربعات الأعراض: **إبقى في المنزل**