

(فحص صحي يومي)

هل يعاني طفلك من اي من الاعراض التالية: (ضع دائرة حول نعم او لا)

1- حرارة	نعم	لا
2-رعشة	نعم	لا
3-سعال او اي اعراض كحه	نعم	لا
4-ضيق تنفس	نعم	لا
5-التهاب حلق	نعم	لا
6-سيلان او انسداد انف	نعم	لا
7-فقدان لحاسة التذوق او الشم	نعم	لا
8-صداع	نعم	لا
9-شعور بالارهاق	نعم	لا
10-اسهال	نعم	لا
11-فقدان شهية	نعم	لا
12-استفراغ او غثيان	نعم	لا
13-الم عضلي	نعم	لا
14-التهاب في العين	نعم	لا
15-شعور بدوخه	نعم	لا
16-وجع بالمعدة	نعم	لا
17-ظهور حساسيه بالاطراف او بالجلد	نعم	لا

سفر دولي

هل قمت انت او اي فرد في منزلك بالعودة من السفر من اي مكان خارج كندا خلال الاربعة عشر يوم السابقة (نعم - لا)

تواصل مؤكد

هل قمت او اي فرد في منزلك بالتواصل مع اي فرد يعاني من مرض الكورونا

- من فضلك قم بمتابعة قائمة الاعراض لمتابعة اي تغير بالقائمة

* اذا اجبت بنعم على اي سؤال وكانت الاعراض غير مرتبطة بحالة موجودة مسبقا مثل حساسية فلا يجب ارسال طفلك الى المدرسة.

*اذا كان الطفل يعاني من اي اعراض مرضية من فضلك قم بالتواصل مع الشخص المسؤول عن الرعاية الصحية لاجراء الفحص اللازم (هذا يشمل 811 اومسؤولي الرعاية الصحية كالطبيب المعالج او التمريض).

*اذا اجبت بنعم على السؤال رقم 2 او 3 من فضلك قم باستخدام هذا اللينك [COVID-19 SELF-ASSESSMENT TOOL](#) للتأكد اذا كانت الحالة تستدعي فحص للكورونا COVID-19

موافقة الوالدين على فهم ما سبق ذكره

لقد قرأت كل ما سبق عن الفحص الصحي اليومي و تفهمت التزامي يوميا باتمام هذا الفحص لطفلي قبل وصوله للموقع و اذا قمت بالاجابة بنعم على اي من الاسئلة السابقة لن ارسل طفلي الى المدرسة.

انها مسؤولية ولي الامر/ او المسؤول عن رعاية الطفل باجراء الفحص الصحي اليومي لطفله قبل ارساله الى المدرسة و سأقوم بمتابعة القائمة السابقة يوميا أثناء قيامي بالفحص.

بمجرد مراجعة هذه الوثيقة يرجى الموافقة وفقا لتأكيد العملية الدراسية لتأكيد فهمك لذلك و أنك ستقوم بعمل الفحص اليومي لطفلك لجميع الأعراض المسبق ذكرها.