

قائمة تحقق يومية من الصحة

أولياء الأمور أو الأوصياء الأعزاء،

يتعين على أولياء الأمور ومقدمي الرعاية التحقق من صحة أطفالهم يوميا في المنزل قبل ذهابهم إلى المدرسة. المعلومات التالية التي قدمها المسؤول الصحي الإقليمي توجز عملية التحقق اليومية من الصحة. يرجى مراجعة المعلومات والتوقيع على النموذج وإرساله إلى المدرسة مع طفلكم ليكون إقرارا منكم أنكم تستوعبون هذا الأمر المتوقع تنفيذه يوميا. هذه المعلومات متاحة أيضا على موقعنا الشبكي لتكون مرجعا لكم من المنزل.

يرجى من أولياء الأمور ومقدمي الرعاية مراجعة ما يلي مع طفلكم دون عجلة قبل الذهاب إلى المدرسة.

1. أعراض تشير إلى مرض: هل يعاني طفلكم من أي من الأعراض التالية؟

- | | | |
|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ألم في العضلات | <input type="checkbox"/> فقدان حاسة الشم أو | <input type="checkbox"/> حمى |
| <input type="checkbox"/> التهاب الملتحمة (احمرار العين) | <input type="checkbox"/> التذوق | <input type="checkbox"/> قشعريرة |
| <input type="checkbox"/> دوار، اضطراب | <input type="checkbox"/> صداع | <input type="checkbox"/> سعال أو زيادة |
| <input type="checkbox"/> آلام في البطن | <input type="checkbox"/> إعياء | <input type="checkbox"/> سعال مزمن |
| <input type="checkbox"/> طفح جلدي أو تغير لون | <input type="checkbox"/> إسهال | <input type="checkbox"/> ضيق التنفس |
| <input type="checkbox"/> أصابع اليدين أو القدمين | <input type="checkbox"/> فقدان الشهية | <input type="checkbox"/> التهاب الحلق |
| | <input type="checkbox"/> غثيان أو قيء | <input type="checkbox"/> سيلان الأنف أو انسداد الأنف |

2. السفر للخارج: هل رجعت أنت أو أي شخص في منزلك من سفر خارج كندا في الأيام الأربعة عشر الماضية؟

3. تأكد وجود اتصال: هل تأكد أنك أو أي شخص في منزلك كنت على اتصال بشخص تأكدت إصابته بمرض كوفيد-19؟

لو كانت إجابتك هي «نعم» على أي مما سبق من أسئلة وكانت الأعراض غير مرتبطة بحالة صحية سابقة (مثل الحساسية) يجب ألا يذهب طفلكم إلى المدرسة.

لو كان طفلك يعاني من أية أعراض تشير إلى مرض، اتصل بمقدم رعاية صحية كي يجري المزيد من التقييم للحالة. يشمل ذلك الاتصال بالرقم 811، أو مقدم الرعاية الأولية مثل طبيب أو ممرضة مؤهلة.

بعد تقييم حالة طفلكم، لو كانت إجابتك هي «نعم» على الأسئلة 2 أو 3، استخدم [أداة التقييم الذاتي لمرض كوفيد-19](https://www.thrive.health/bc-self-assessment-tool) (https://www.thrive.health/bc-self-assessment-tool) كي تحدد ما إذا كان عليك أن تجري فحصا مختبريا لمرض كوفيد-19.

لو ظهر على أحد الطلاب أعراض المرض أثناء وجوده في المدرسة؛ سوف نبليغ عائلته ونقدم للطالب قناع وسننقله إلى منطقة آمنة انتظارا لوصول من سيقل الطالب من المدرسة.

(يرجى قص هذا الجزء وإرساله إلى المدرسة مع طفلكم.)

لقد راجعت ما سلف من متطلبات التحقق اليومي من الصحة. في حال ظهور أي مما ذكر من أعراض على طفلي، لن أرسله إلى المدرسة وسوف أتابع الأمر مع مقدم الرعاية الصحية المعني بالأمر أو سوف اتصل بالرقم 811 للحصول على المزيد من الإرشادات.

اسم الطالب: _____ الصف: _____

معلم الصف أو مجموعة المعلم: _____

توقيع ولي الأمر: _____