

قائمة التحقق الخاصة بكوفيد-19 (COVID-19)

إذا كانت إجابتك "نعم" عن أي من الأسئلة التالية، يرجى عدم الدخول إلى البناية، وقم بالاتصال بمشرفك للمزيد من المعلومات. شكراً لك.

1. هل تعاني من أي من الأعراض التالية الخاصة بمرض كوفيد-19؟
 - أ. درجة حرارة 100.0 فهرنهايت أو أكثر، أو شعرت بحمي؟
 - ب. أعراض في الجهاز التنفسي مثل السعال أو التهاب الحلق أو سيلان الأنف أو احتقان الأنف أو ضيق النفس؟
 - ج. أعراض عامة في الجسم ليست ذات صلة بحالة طبية مزمنة أخرى، مثل الإعياء، آلام العضلات، آلام المفاصل، الصداع؟
 - د. غثيان أو تقيؤ أو إسهال؟
 - هـ. تغيير طراً على حاسة التذوق أو الشم؟
2. في الـ 14 يوماً الأخيرة، هل خالطت بشكل مباشر أي شخص يشتبه في إصابته أو تم تأكيد إصابته بمرض كوفيد-19؟
(ملاحظة: إجابة مقدمي الرعاية الصحية لمرضى كوفيد-19 بينما يرتدون معدات الوقاية الشخصية الملائمة ينبغي أن تكون "لا")
3. هل سافرت خلال الـ 14 يوماً الماضية إلى خارج نيوهامبشير أو فيرمونت أو ماين أو ماساتشوستس أو كونيتيكت أو رود آيلاند؟