

COVID-19 परीक्षण सामग्री

यदि निम्न प्रश्नहरू मध्ये कुनै एकमा तपाईंको जवाफ "हो" हुन्छ भने, कृपया भवनमा प्रवेश नगर्नुहोस् र थप जानकारीका लागि तपाईंको सुपरभाइजरलाई सम्पर्क गर्नुहोस्। धन्यवाद!

1. तपाईंलाई COVID-19 का निम्न मध्ये कुनै लक्षणहरू देखिएको छ?
 - a. 100.0 F वा धेरै तापक्रम वा तपाईंलाई ज्वरो आएको महसुस भएको छ?
 - b. खोकी लाग्ने, घाँटी दुख्ने, सिंगान बग्ने, नाक बुझिने वा सास फेर्न कठिनाई हुने जस्ता श्वासप्रश्वास सम्बन्धी लक्षणहरू छन्?
 - c. थकान, मांसपेशी दुख्ने, जोर्नी दुख्ने, टाउको दुख्ने जस्ता अन्य दीर्घकालीन चिकित्सा अवस्थाहरूको कारण बाहेकका सामान्य रूपका शारीरिक लक्षणहरू छन्?
 - d. वाकवाकी, वान्ता वा झाडापखाला लागेको छ?
 - e. तपाईंको स्वाद वा गन्धमा परिवर्तन आएको छ?
2. पछिल्लो 14 दिनमा COVID-19 लागेको शंका भएको वा संक्रमण पुष्टि भएको कुनै व्यक्तिको नजिकको सम्पर्कमा आउनुभएको छ?

(नोट: सबै उपयुक्त PPE लगाएर COVID-19 का बिरामीहरूको स्याहार गर्ने स्वास्थ्य स्याहार प्रदायकहरूले "छैन" भन्ने जवाफ दिनुपर्छ)
3. तपाईंले पछिल्लो 14 दिनमा न्यू ह्याम्पसायर, भर्मन्ट, मेइन, म्यासाचुसेट्स, कनेक्टिकट वा रोडे टापुभन्दा बाहिर यात्रा गर्नुभएको छ?