



የህክምና እርዳታው/ዋ ተቀባይ/አጃቢ ስለ ኮቪድ ቫይረስ መጋለጦትና አለ መጋለጦትን መግለጫ ወረቀት

ማንነትዎ:-

ስም እና የቤተሰብ ስም..... የመታወቂያ ቁጥር.....

ከዚህ በታች የዘረዘሩት ነገሮች ባለፉት ሁለት ሳምንታት ከርስዎ ዘንድ ተከሰተው ከሆነ ክፍት ቦታውን እንዲሞሉት በትህትና እንጠይቃለን:-

የህመሙ ምልክት	ሙቀት <input type="checkbox"/>	ስቅቅታ <input type="checkbox"/>
	ሳል <input type="checkbox"/>	የራስ ምታት <input type="checkbox"/>
	የጉረሮ ህመም <input type="checkbox"/>	የጡንቻ ህመም <input type="checkbox"/>
	ሽርጋታ <input type="checkbox"/>	ቅዘን <input type="checkbox"/>
	ትውከት <input type="checkbox"/>	ሆድ ቁርጠት <input type="checkbox"/>
	የጣዳም/ሽታ ስሜት ማጣት <input type="checkbox"/>	ሌሎች.....
በሽታ	የ covid 19 ቫይረስ ተሸካሚ ኖት አዎ/ አይደለሁም (ከሆኑ የምርመራው ቀን.....)	
ባለፈው ወር ወጭ ሀገር ነበሩ	ነበርሁኝ/ አልነበርሁም	
የ covid 19 ቫይረስ ተጠቂ /ተጠርጣሪ ወይም ማንኛውም የብክለት በሽታ ሰው መጋለጦትን ፤	ከቤተሰብዎ ውስጥ ሙቀት/ንፍጥ/ሳል/ጉረሮ ህመም ወይም ማንኛውም ብክለት ያለው? አለ /የለም መታመሙ/ሚ ለተረጋገጠ/ ተጠርጣሪ ሰው ተጋልጠዋል? አዎ/ በፍፁም ከሆነ የተጋለጡበት ቀን:.....	

ከላይ በሙሉ የተጠቀሱት ነገሮች ጥሩ የሆነን የህክምና እርዳታን አያስቀሩም።

ከላይ የፃፍኋቸው ነገሮች በሙሉ እውነት መሆናቸውን እየገለፁሁ እና እውነቱን አለ መግለፅ የህብረተሰቡን እና የህክምና ሰራተኞችን አባላት ጤና አደጋ ላይ እንደሚጥል አወቃለሁ።

ሙሉ ስም..... ፊርማ..... ቀን/...../..... ሰዓት:.....