

نموذج إقرار متلقيّة العلاج/ المرافق/ة بشأن التعرض لفايروس الكورونا COVID-19

البيانات الشخصية/ ملصقة

الاسم الشخصي واسم العائلة: _____ رقم الهوية: _____

يرجى تعبئة كافة البيانات التالية في حال حصولها خلال آخر أسبوعين:

<p> <input type="checkbox"/> حرارة <input type="checkbox"/> قشعريرة <input type="checkbox"/> تسقيؤ <input type="checkbox"/> سعال <input type="checkbox"/> آلام في الرأس <input type="checkbox"/> آلام في الحلق <input type="checkbox"/> آلام في العضلات <input type="checkbox"/> ضيق تنفس <input type="checkbox"/> آلام في البطن <input type="checkbox"/> فقدان حاسة الشم/ الذوق <input type="checkbox"/> غير ذلك: _____ </p>	الشكاوى
<p>هل تم تشخيصك كحاملة لفايروس الكورونا COVID19 : نعم/ كلا (إذا كانت الإجابة نعم – تاريخ الفحص _____)</p>	مرض نشط
<p>نعم / كلا</p>	المكوث خارج البلاد خلال الشهر الأخير
<p>هل أصيب أحد أقاربك بمرض مصحوب بارتفاع الحرارة/ الرشح/ السعال، آلام الحلق أو تلوث أيا كان؟ نعم / كلا هل كان أحد الأشخاص الذين كنت على تواصل معهم قيد الحجر الصحي (العزل) خلال آخر أسبوعين؟ نعم / كلا هل كان هنالك تعرّض معروف لمريض مؤكّد/ مشكوك بإصابته بمرض الكورونا؟ نعم / كلا إذا كانت الإجابة نعم، متى كان تاريخ التعرّض _____</p>	التعرض المعروف عنه لشخص مريض أو مشكوك بإصابته بـ COVID 19 أو أي مرض عدواني آخر

لن يمنع تقديم المعلومات الواردة أعلاه تلقي العلاج الطبي اللائق.

أصرّح بهذا بأن كل البيانات والتفاصيل المسجلة أعلاه صحيحة، ومن المعلوم لي بأن إخفاء المعلومات من الممكن أن يشكل خطراً على صحة الجمهور وصحة الطاقم الطبي.

الاسم الكامل: _____ التوقيع: _____ التاريخ: ____/____/____
 الساعة: ____: ____
