



استبيان الفحص الصحي الخاص بفيروس (كوفيد-19)

التاريخ: ___/___/___

درجة الحرارة: _____

رقم بطاقة الهوية (EID): _____

الاسم: _____

رقم الهاتف: _____

هدف الزيارة: _____

يهدف الحفاظ على بيئة آمنة وصحية في مركز دوريس دوان يونج للتوحد والمجتمع حولنا خلال هذه الجائحة العالمية كوفيد - 19، نطلب منكم تعبئة هذا النموذج فيما يتعلق بوجود أي أعراض المرض بالفيروس قبل القدوم إلى المركز.

- ضع علامة نعم أو كلا مع كتابة الملاحظات الضرورية.

ملاحظات *	نعم *	كلا *	استبيان الفحص
			هل تعاني/عانيت من الحمى في الأيام 14 الأخيرة؟
			هل لديك سعال؟
			هل تعاني من ضيق أو صعوبة في التنفس؟
			هل لديك قشعريرة أو ارتعاش؟
			هل تعاني من أي ألم عضلي؟
			هل تعاني من أي صداع أو التهاب في الحلق في الفترة الأخيرة؟
			هل تعاني من فقدان لحاسة الذوق أو الرائحة في الفترة الأخيرة؟
			هل لديك أي أعراض أخرى تشبه أعراض مرض الأنفلونزا؟
			هل يعاني أي فرد من أفراد المنزل من أي أعراض الإصابة بعدوى في الجهاز التنفسي؟
			هل سافرت خلال فترة 14 يوم السابقة أو كنت على اتصال بشخص حضر مؤخراً إلى دولة الإمارات العربية المتحدة خلال فترة 14 يوم الماضية؟
			هل أنت على تواصل مع أي شخص (من أفراد الأسرة أو الجيران أو الأصدقاء ... الخ) تم تأكيد إصابته بفيروس كوفيد -19 خلال فترة 14 يوم الماضية؟
			هل قمت بإجراء فحص كوفيد - 19؟ إذا كانت الإجابة نعم، متى وماذا كانت النتيجة؟
			هل حضرت أي تجمعات في الفترة الأخيرة؟

** في حالة وجود أي أعراض الإصابة بفيروس (كوفيد-19) لن يتم السماح لك بدخول المركز.

** يجب على الزائرين تعبئة هذا الاستبيان عند كل زيارة.

* يجب على الزائرين تقديم نسخة من بطاقة الهوية (Emirates ID).

شكراً على تعاونكم وسوف نقوم بالاتصال بكم إذا كنا بحاجة لأي معلومات إضافية .

التوقيع: _____