

COVID19 — щоденна діагностика стану здоров'я учня

ПІБ учня: _____

Клас: _____

Підпис батька (матері) чи опікуна: _____

Дата: _____

Керівництво Auburn School District згідно з указівками Washington Departments of Health and Labor & Industries вимагає від усіх батьків перевіряти своїх учнів, які відвідують школу, на наявність симптомів, пов'язаних із COVID-19, а також виявляти, чи спілкувався учень безпосередньо з особою, яка хворіє на COVID-19. Документуйте ЩОДЕННУ перевірку вашого учня на наявність будь-якого з наведених нижче симптомів і відправляйте форму з вашим підписом у перший день наступного тижня. **Не залишайте пустих розділів.**

1. Чи мали ви протягом останнього дня якісь із наведених нижче симптомів, що для вас невластиві?

- Гарячка або озноб •Кашель •Задишка або ускладнене дихання •Утома •Біль у м'язах •Головний біль
- Утрата смаку або запаху •Фарингіт •Закладений ніс або нежить •Нудота або блювота •Діарея

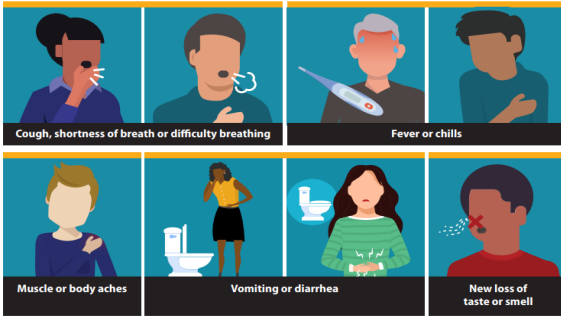
2. Чи контактували ви з особою, яка хворіє на COVID-19, чи мали позитивний тест на COVID-19 протягом останніх 10 днів, чи очікуєте зараз результати тесту на COVID-19 або чи не казав вам медичний працівник в останні 14 днів бути на самоізоляції або на карантині через занепокоєння щодо COVID-19?

Понеділок	Вівторок	Середа	Четвер	П'ятниця
<p style="text-align: right;">3</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні</p> <p>Ініціали батька або матері: _____</p>	<p style="text-align: right;">4</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні</p> <p>Ініціали батька або матері: _____</p>	<p style="text-align: right;">5</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні</p> <p>Ініціали батька або матері: _____</p>	<p style="text-align: right;">6</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні</p> <p>4. <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні</p> <p>Ініціали батька або матері: _____</p>	<p style="text-align: right;">7</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні</p> <p>4. <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні</p> <p>Ініціали батька або матері: _____</p>
<p style="text-align: right;">10</p> <p>Заняття відсутні</p>	<p style="text-align: right;">11</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні</p> <p>Ініціали батька або матері: _____</p>	<p style="text-align: right;">12</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні</p> <p>Ініціали батька або матері: _____</p>	<p style="text-align: right;">13</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні</p> <p>Ініціали батька або матері: _____</p>	<p style="text-align: right;">14</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні</p> <p>Ініціали батька або матері: _____</p>
<p style="text-align: right;">17</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні</p> <p>Ініціали батька або матері: _____</p>	<p style="text-align: right;">18</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні</p> <p>Ініціали батька або матері: _____</p>	<p style="text-align: right;">19</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні</p> <p>Ініціали батька або матері: _____</p>	<p style="text-align: right;">20</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні</p> <p>Ініціали батька або матері: _____</p>	<p style="text-align: right;">21</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні</p> <p>Ініціали батька або матері: _____</p>
<p style="text-align: right;">24</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні</p> <p>Ініціали батька або матері: _____</p>	<p style="text-align: right;">25</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні</p> <p>Ініціали батька або матері: _____</p>	<p style="text-align: right;">26</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні</p> <p>Ініціали батька або матері: _____</p>	<p style="text-align: right;">27</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні</p> <p>Ініціали батька або матері: _____</p>	<p style="text-align: right;">28</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні</p> <p>Ініціали батька або матері: _____</p>
<p style="text-align: right;">31</p> <p>Заняття відсутні</p>				

Перегляньте інформацію на звороті, щоб прийняти рішення на підставі результатів перевірки.

Symptoms of Coronavirus (COVID-19)

Know the symptoms of COVID-19, which can include the following:



Якщо ваш учень має будь-який із зазначених вище симптомів або ви ствердно відповісте на будь-яке із запитань, йому потрібно залишатися вдома. Повідомте керівництво школи про те, що учень буде відсутнім. Цю форму необхідно надсилати до школи в перший день тижня навчання з усіма щоденними перевітками стану здоров'я за попередній тиждень.

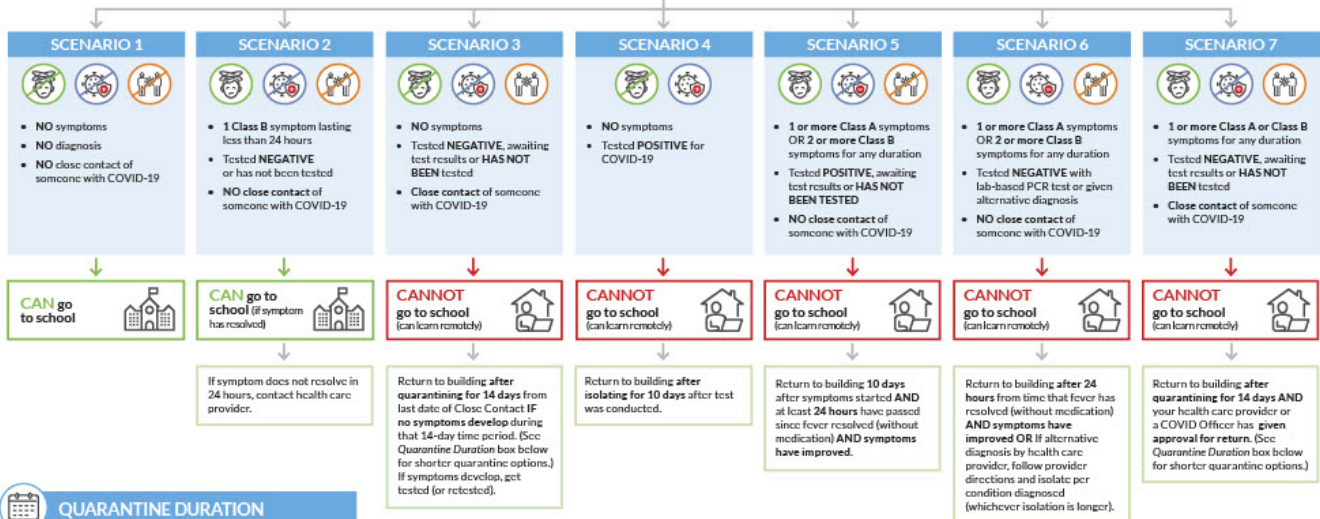
Я підтверджую, що наведені вище відповіді щодо моєї дитини є правдивими та точними в межах моєї обізнаності.

Копія із зображення на звороті:

<https://www.kingcounty.gov/depts/health/covid-19/schools-childcare/~media/depts/health/communicable-diseases/documents/C19/schools-toolkit/dec-8/K-covid-19-screening-flow-chart.ashx>

COVID-19 Student Symptom Flow Chart

PARENT SCREEN OF STUDENT FOR COVID-19



QUARANTINE DURATION

If recommended 14 days is not possible, these two options are acceptable alternatives:

- If a person who is in quarantine has no symptoms, quarantine can end after Day 10.
- If a person who is in quarantine receives a negative COVID-19 test and has no symptoms, quarantine can end after Day 7. The person must be tested on or after Day 5, and quarantine cannot be discontinued earlier than Day 8. Even if a negative test is received before Day 8, the quarantine period should still be a full seven days.

COVID-19 SYMPTOMS*

CLASS A: <ul style="list-style-type: none"> Fever (defined as subjective or 100.4°F or higher) Chills 	<ul style="list-style-type: none"> Cough Loss of sense of taste/smell Shortness of breath 	CLASS B: <ul style="list-style-type: none"> Fatigue Headache Muscle/body aches Sore throat 	<ul style="list-style-type: none"> Congestion or runny nose Nausea or vomiting Diarrhea
--	--	---	--

*That are not explained by an existing condition, such as allergies or asthma.

CLOSE CONTACTS

"Close Contact" means being within 6 feet of a person with COVID-19 for about 15 minutes or more. Members of a household are considered to be close contacts.

Questions? Contact the school health room.

Approved on January 4, 2021 by Alan Melnick, MD, MPH and Steven Krager, MD, MPH, Public Health Officers for Clark, Cowlitz, Pacific, Skamania, Wahkiakum Counties and by Amy Perrow, MD, Public Health Officer for Klickitat County