



## بررسی سلامت روزانه

| بررسی سلامت روزانه |   |                  |                      |
|--------------------|---|------------------|----------------------|
| با دایره مشخص کنید | آیا فرزند شما علائم زیر را دارد؟  | ۱. علائم بیماری* |                      |
| بله                | تب  |                  |                      |
| خیر                | لرز   |                  |                      |
| بله                | سرفه یا بدتر شدن سرفه مزمن  |                  |                      |
| خیر                | تنگی نفس  |                  |                      |
| بله                | گلودرد  |                  |                      |
| خیر                | ابریزش بینی / گرفتگی بینی   |                  |                      |
| بله                | از دست دادن حس بویایی یا چشایی  |                  |                      |
| خیر                | سر درد  |                  |                      |
| بله                | خستگی و کوفتگی  |                  |                      |
| خیر                | اسهال   |                  |                      |
| بله                | از دست دادن اشتها   |                  |                      |
| خیر                | تهوع و استفراغ  |                  |                      |
| بله                | دردهای عضلانی   |                  |                      |
| خیر                | ورم ملتحمه (چشم صورتی)  |                  |                      |
| بله                | سرگیجه ، گیجی   |                  |                      |
| خیر                | درد شکمی  |                  |                      |
| بله                | جوشهای پوستی یا تغییر رنگ انگشتان دست و پا  |                  |                      |
| بله                | آیا شما یا کسی در خانواده‌ی شما در ۱۴ روز گذشته از سفر خارج به کانادا برگشته است؟   |                  | ۲. مسافرت بین المللی |
| خیر                | آیا شما یا کسی در خانواده‌ی شما با فردی مبتلا به کووید-۱۹ تماس تأیید شده داشته است؟ |                  | ۳. تماس تأیید شده    |

اگر به هر یک از پرسشهای بالا پاسخ «بله» داده‌اید و علائم مربوط به بیماری نیست که از قبل وجود داشته است (مانند آلرژی) ، کودک شما نباید به مدرسه بیاید.

در صورت مشاهده علائم بیماری، برای بررسی بیشتر با یک مراقبتگر بهداشتی تماس بگیرید. برای این کار می‌توانید با ۱-۸۰۱ یا یک ارائه دهنده مراقبت‌های اولیه مانند پزشک یا پرستار متخصص تماس بگیرید.

اگر به پرسشهای ۲ یا ۳ پاسخ «بله» داده‌اید، برای تشخیص لزوم آزمایش کووید-۱۹ از [COVID-19 Self-Assessment Tool](#) استفاده کنید.

\*برای اطمینان از به روز بودن لیست، به طور مرتب صفحه اینترنتی علائم کووید-۱۹ ([Symptoms of COVID-19](#)) متعلق به BCCDC را بررسی کنید.