

أستمارة الألتزام بالفحص الصحي لأولياء أمور الطلاب/الأوصياء الشرعيين

من أجل حماية الطلاب وأفراد الكادر المدرسي، أوافق على الألتزام بأجراء الفحص الصحي اليومي لطفلي من خلال الإستعانة بأستمارة أسئلة الفحص الصحي للكشف عن الإصابة بمرض كوفيد-19 وعدم إرسال طفلي الى المدرسة حينما يشعر بالمرض أو تكون صحته معتلة بالأعراض المصاحبة لمرض كوفيد-19. ينطبق هذا الألتزام على جميع الأطفال في سن المدرسة في منزلي.

أوافق على فحص جميع الأطفال في سن المدرسة بمنزلي كل يوم قبل إرسالهم الى المدرسة، كما أوافق على أبقاء الطفل في المنزل إذا:

- كان يشعر بالحمى و/أو القشعريرة (إذا كانت درجة حرارته/الحمى موثقة وتبلغ 100.4 درجة فهرنهايت أو أكثر)
- كان يعاني من سعال جديد غير ناتج عن حالة صحية أخرى.
- كان يعاني من ألتهاب جديد في الحلق غير ناتج عن حالة صحية أخرى.
- كان يعاني من حالة قشعريرة جديدة غير ناتجة عن حالة صحية أخرى.
- كان يعاني من آلام عضلية جديدة غير ناتجة عن حالة صحية أخرى أو نتيجة القيام بنشاط معين مثل التمارين الرياضية.
- كان يعاني من حالة جديدة لفقدان حاستي التذوق أو الشم

أفهم بأن أسئلة الفحص الصحي للكشف عن الإصابة بمرض كوفيد-19 قد تتغير بمرور الوقت حسب ما هو مطلوب من مركز السيطرة على الأمراض والوقاية منها CDC، وستقوم مدارس مقاطعة فيرفاكس الحكومية (FCPS) بتحديث أسئلة الفحص الصحي حسب اللازم. ستقوم مدارس FCPS بإبلاغني عن أي تغييرات ضرورية كما أوافق على مواصلة إجراء الفحص الصحي اليومي على أساس المتطلبات الحالية.

أوافق على عدم إرسال طفلي الى المدرسة إذا ظهرت عليه أي علامة من علامات الإصابة بمرض كوفيد-19 لحين:

- ظهور نتيجة فحص اختبار كوفيد-19 سلبية لطفلي مع تمتعه بخلاف ذلك بصحة جيدة تسمح له بالرجوع الى المدرسة أو
- معانة إحدى الجهات المزودة للرعاية الصحية لطفلي وتوثيق سبب الأعراض على أنها ليست بسبب الإصابة بمرض كوفيد-19 أو
- جميع ما يلي صحيح: (1) مرور 10 أيام على الأقل منذ بداية ظهور الأعراض و (2) زوال الحمى مع عدم تناول الأدوية الخافضة للحرارة لمدة 3 أيام و (3) وجود تحسن على الأعراض.

أوافق على عدم إرسال طفلي الى المدرسة إذا تم تشخيص إصابته بمرض كوفيد-19 حتى أستيقظ ما يلي:

- مضت 10 أيام على الأقل منذ ظهور الأعراض على طفلي لأول مرة و
- لم يعاني طفلي من الحمى ولم يكن يستخدم الأدوية الخافضة للحرارة (مثل: Tylenol (تايلنول)، Ibuprofen (أيبوبروفين) لمدة 24 ساعة و
- بدأت أعراض المرض التي ظهرت على طفلي بالتحسن

إذا تم تشخيص إصابة أي فرد من أفراد الأسرة بمرض كوفيد-19 أو كان طفلي معرّض للإصابة، أوافق في هذه الحالة على أبقاء طفلي في المنزل لمدة 14 يوم من تاريخ آخر مرة تعرّض فيها للفرد المصاب في الأسرة.

*يتم تعريف التعرّض على أنه قضاء أكثر من 15 دقيقة ضمن مسافة 6 أقدام من شخص مصاب بمرض كوفيد-19 أو التعرّض لإفرازات الجهاز التنفسي لذلك الشخص في مرحلة العدوى (على سبيل المثال، السعال أو العطس، مشاركته أقذاح الشرب أو أدوات الأكل، التقبيل). يُعتبر الشخص المصاب بمرض كوفيد-19 مُعدياً بدءاً من قبل يومين من شعوره بالمرض أو قبل يومين من ظهور نتيجة الفحص إيجابية إذا لم تظهر عليه مطلقاً أي أعراض للإصابة بالمرض.

إذا ظهرت الحمى، أو سعال جديد، أو ضيق في التنفس أو أثنين مما يلي على أحد أفراد أسرتي: ألتهاب الحلق، قشعريرة، ألم في العضلات، صداع، فقدان حاستي التذوق أو الشم من جديد، فسأقوم بأخذ ذلك الشخص لإجراء فحص كوفيد-19. لو كانت نتيجة الفحص إيجابية، فسأقوم بأبقاء طفلي في المنزل لمدة 14 يوم من تاريخ آخر مرة تعرّض فيها للفرد المصاب في الأسرة أو أتباع ما هو موضح أعلاه إذا كانت نتيجة فحص طفلي إيجابية.

أسم الطالب: _____

أسم ولي أمر الطالب/الوصي الشرعي: _____

توقيع ولي أمر الطالب/الوصي الشرعي: _____

التاريخ: _____