

## موافقت نامه ولی/سرپرست برای انجام غربالگری

برای محافظت از فرزندان و کارکنان، من تعهد می‌کنم که هر روز غربالگری سلامت فرزندم را با استفاده از سؤالات غربالگری سلامت COVID-19 انجام دهم و فرزندم را وقتی بیمار است و احساس ناخوشی همراه با علائم COVID دارد به مدرسه نفرستم. این تعهد در مورد کلیه دانش آموزان در هر سنی صدق می‌کند.

من موافقت می‌کنم کلیه فرزندانم را که سن مدرسه هستند در منزل هر روز قبل از فرستادن به مدرسه معاینه کنم و موافقت می‌کنم فرزندم را در خانه نگه دارم اگر:

- احساس تب و / یا لرز دارد (در صورت دما/ تب 100.4F درجه یا بالاتر)
- سرفه جدید که ناشی از شرایط دیگر سلامتی نباشد
- احساس خستگی مفرط (بیش از حد معمول)
- گرفتگی بینی یا آبریزش بینی
- سردرد
- گلو درد جدید که ناشی از شرایط دیگر سلامتی نباشد
- احساس لرز جدید که ناشی از شرایط دیگر سلامتی نباشد
- درد عضلانی که ناشی از شرایط دیگر سلامتی نباشد یا ناشی از یک فعالیت خاص مانند ورزش
- از دست دادن حس چشایی یا بویایی جدید، کم اشتها یا تغذیه نامناسب
- درد شکم، اسهال، تهوع، استفراغ

من آگاه هستم که سؤالات غربالگری COVID-19 ممکن است با گذشت زمان مطابق با الزامات مرکز پیشگیری و کنترل امراض (CDC) تغییر کند و مدارس دولتی فیرفکس کانتی (FCPS) سؤالات غربالگری سلامت را مطابق با الزامات به روز خواهد کرد. FCPS هرگونه تغییر لازم را به من ابلاغ خواهد کرد و من موافقت می‌کنم که غربالگری روزانه را بر اساس شرایط فعلی ادامه دهم.

من موافقت می‌کنم در صورت مشاهده علائم COVID-19 در فرزندم او را به مدرسه نفرستم تا زمانی که:

- نتیجه تست COVID-19 فرزندم منفی باشد و یا اینکه به اندازه کافی برای بازگشت به مدرسه سلامت باشد
- یک مسئول خدمات بهداشتی فرزندم را معاینه کرده و دلیل این علائم را غیر از COVID-19 تشخیص داده است
- تمام موارد حقیقت دارد: (1) حداقل 10 روز از شروع علائم گذشته و (2) عدم استفاده از داروهای ضد تب به مدت 24 ساعت و (3) برطرف شدن یا بهتر شدن علائم.

من موافقت می‌کنم اگر فرزندم مبتلا به ویروس COVID-19 تشخیص داده شد و یا مبتلا شد، او را به مدرسه نفرستم تا:

- حداقل 10 روز بعد از مشاهده اولین علائم در فرزندم و
- فرزندم بدون مصرف دارو تب ندارد (داروهایمانند: Tylenol, Ibuprofen) بمدت 24 ساعت و
- علائم فرزندم در حال بهبودی است

من موافقت می‌کنم هر بار که فرزندم به دلیل بیماری در طول ساعات مدرسه به منزل فرستاده شود، فرزندم را برای ارزیابی و تکمیل مجوز بازگشت به مدرسه / مرکز مراقبت از کودک، نزد پزشک ببرم.

اگر عضوی از خانواده به ویروس COVID-19 تشخیص داده شده یا مبتلا شده است یا فرزندم در معرض این ویروس قرار گرفته است، موافقت می‌کنم فرزندم را به مدت 14 روز بعد از آخرین تماس با فرد مبتلا در خانواده، در منزل نگهدارم.

\*در معرض قرار گرفتن یعنی ترشحات تنفسی (دهان و بینی) افراد به مدت 24 ساعت باهم تداخل پیدا کند (برای مثال، سه بار به مدت 5 دقیقه تداخل ترشح، مجموعاً 15 دقیقه). فرد مبتلا به COVID-19 از 2 روز قبل از بیمار شدن، یا 2 روز قبل از نتیجه تست مثبت، اگر هرگز علائمی نداشته باشد، مسری محسوب می‌شود.

اگر کسی در خانواده من به علائم فوق مبتلا شود، من آن شخص را برای انجام معاینه و یا برای تست COVID-19 نزد یک مراقب بهداشتی یا پزشک می‌برم. اگر فرد مذکور و یا فرزندم نتیجه تست مثبت داشته باشد و یا به COVID-19 مبتلا شده باشد، من فرزندم را به مدت 14 روز بعد از قرار گرفتن در معرض ویروس و یا تماس با فرد مبتلا در منزل نگاه می‌دارم.

نام کودک: \_\_\_\_\_ تاریخ تولد: \_\_\_\_\_

نام ولی/سرپرست: \_\_\_\_\_

امضاء ولی/سرپرست: \_\_\_\_\_ تاریخ: \_\_\_\_\_