

اعلامیه دانش‌آموز بیمار

Student Name: _____

Date: _____

School: _____

Time: _____ AM/PM

والدین/سرپرست:

دانش‌آموز شما امروز با علائم جدید و فاقد توضیح زیر به اتاق بهداشت آورده شد:

- Fever/chills/تب/لرز Cough/سرفه Shortness of breath/تنگی نفس New loss of taste/smell/از دست دادن حس بویایی/چشایی به تازگی
- Temp/دمای بدن: _____
- Sore throat/گلودرد Fatigue/خستگی Muscle aches/درد عضلانی Runny nose/congestion/آبریزش/گرفتگی بینی
- Stomachache/درد شکم Diarrhea/اسهال Nausea/vomiting/تهوع/استفراغ Headaches/سردرد
- Other/سایر: _____

به علت بروز COVID-19 در جامعه، توصیه می‌شود کودک بیمار توسط یک ارایه دهنده خدمات درمانی معاینه شود. لطفاً این فرم را به ارایه دهنده خدمات درمانی خود تحویل دهید.

School Public Health Nurse/Aide Observation/مشاهده پرستار/دستیار سلامت عمومی/مدرسه:

Comments/نظرات:

امضا: _____ پرستار رسمی/دستیار بهداشت

اگر فرزند شما به علت یکی از علائم فوق، به خانه فرستاده شده است،
طبق راهنمای برگشت به مدرسه زیر عمل کنید:

اگر تماس نزدیک با COVID-19 نداشتید:

- آزمایش COVID-19 مثبت – تا **10 روز** بعد از شروع علائم، تا زمانی که 24 ساعت بدون استفاده از داروهای کاهنده تب، تب نداشته باشید و علائم بهبود یابند: یا اگر هیچ علائمی ندارید، **10 روز** از تاریخ گرفتن جواب آزمایش مثبت در خانه بمانید و خود را ایزوله کنید.
- آزمایش COVID-19 منفی – در خانه بمانید تا این که مدت 24 ساعت بدون استفاده از داروهای کاهنده تب، تب نداشته باشید و علائم بهبود یابند.
- آزمایش COVID-19 انجام نشده یا تشخیص دیگری داده نشده است – تا **10 روز** از آغاز علائم، عدم وجود تب به مدت 24 ساعت بدون استفاده از داروهای کاهنده تب و بهبود علائم در خانه بمانید و خود را ایزوله کنید.
- تشخیص دیگری توسط یک تامین کننده خدمات درمانی که علائم را توضیح می‌دهد – تا 24 ساعت بدون تب، بدون استفاده از داروهای کاهنده تب یا بهبود علائم یا مدت طولانی‌تر طبق دستورالعمل ارایه کننده خدمات درمانی در خانه بمانید و خود را ایزوله کنید.

اگر با موارد COVID-19 تماس داشتید:

- آزمایش COVID-19 مثبت – با ماندن در خانه خود را تا **10 روز** بعد از شروع علائم، ایزوله کنید تا 24 ساعت بدون استفاده از داروهای کاهنده تب، تب نداشته باشید و علائم بهبود یابند: یا اگر هیچ علائمی ندارید، **10 روز** از تاریخ گرفتن جواب آزمایش مثبت.
- آزمایش COVID-19 انجام نشده یا آزمایش COVID-19 منفی بوده است – تا **14 روز** از آغاز علائم، عدم وجود تب به مدت 24 ساعت بدون استفاده از داروهای کاهنده تب و بهبود علائم در خانه بمانید و خود را ایزوله کنید.

www.fairfaxcounty.gov/health/novel-coronavirus

TTY 711 یا 703-267-3511

نشر. Fairfax, Va. نوامبر 2020 برای کسب اطلاعات بیشتر یا درخواست اطلاعات در قالب دیگر،
با اداره بهداشت Fairfax County به شماره 703-246-2411 تماس بگیرید. TTY 711.



Permission to Return to School/Child Care

Dear provider:

Please assess children with illness symptoms or COVID-19 exposure using the VDH Algorithm for Evaluating a Child with COVID-19 Symptoms or Exposure (<https://www.vdh.virginia.gov/content/uploads/sites/182/2020/08/Evaluating-Symptoms-in-a-Child.pdf>). Testing for SARS-CoV-2 is strongly recommended for all children who present any symptom of COVID-19 unless their history and clinical presentation is entirely consistent with a condition the child is known to have (e.g., allergies, asthma, migraine). Because children may have co-infections with SARS-CoV-2 and other pathogens, testing is encouraged even if another etiology is identified.

Patient Name: _____ Date of Visit: _____

Date of Most Recent Exposure (if applicable): _____ Date of Test (if applicable): _____

Date of First Symptoms (if applicable): _____

Check all that apply:

I have assessed the child consistent with the VDH COVID-19 algorithm and provided recommendations consistent with the **Return to School guidance** (located in the blue box on the reverse side of this document)

No communicable disease has been identified, including COVID-19, based on:

Laboratory test results

An alternate, non-communicable diagnosis

The earliest date this patient may return to school is _____. This statement is valid based on current relevant information but may change based on new symptoms, exposures, or results. The patient's family has been instructed to notify the office for any changes.

Signature: _____ MD/DO/NP/PA/RN/LPN Phone #: _____

Name: _____

References/Resources:

- For the current list of symptoms: www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/symptoms-testing/symptoms.html
- VDH Algorithm for assessing children: www.vdh.virginia.gov/content/uploads/sites/182/2020/08/Evaluating-Symptoms-in-a-Child.pdf
- Return to School Guidance form: <http://bit.ly/FairfaxCOVIDChildForm>

