

# بیمار بچے سے متعلق نوٹیفکیشن

Student Name: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

School: \_\_\_\_\_

Time: \_\_\_\_\_ AM/PM

## والد/والدہ/سرپرست:

آپ کا بچہ آج درج ذیل نئی اور غیر واضح وجوہات کے ہمراہ ہیلتھ روم میں پیش کیا گیا:

- Shortness of breath/سانس لینے میں دشواری  Cough/کھانسی  Fever/chills/بخار / سردی  Temp/درجہ حرارت: \_\_\_\_\_
- Runny nose/congestion/بہتی ہوئی ناک/امتلا  Muscle aches/پٹھوں میں درد  Sore throat/گلے کی سوزش  Fatigue/تھکاوٹ
- Headaches/سر درد  Nausea/vomiting/متلی/الٹی  Stomachache/پیٹ کا درد  Diarrhea/اسہال
- \_\_\_\_\_ Other/دیگر:

کمپونٹی میں COVID-19 کی وجہ سے، تمام بیمار بچوں کے لیے نگہداشت صحت کے فراہم کار سے معائنہ کروانے کی تجویز دی جاتی ہے۔ براہ کرم اس فارم کو اپنے نگہداشت صحت کے فراہم کار کے پاس لے کر جائیں۔

School Public Health Nurse/Aide Observation/اسکول کی صحت عامہ کی نرس/معاون کا مشاہدہ:

Comments/تبصرے: \_\_\_\_\_

دستخط: \_\_\_\_\_ RN / صحت کی معاون

نیچے اسکول کی واپسی کی ہدایت پر عمل کریں اگر آپ کا بچہ مندرجہ بالا علامات کی وجہ سے گھر بھیج دیا گیا ہو:

اگر COVID-19 کیس سے کوئی قریبی رابطہ نہیں ہے:

- COVID-19 مثبت آتا ہے - تو علامات ظاہر ہونے کے دن سے **10 دنوں تک گھر** پر رہیں جب تک آپ کو بخار کم کرنے کی ادویات استعمال کیے بغیر 24 گھنٹوں تک بخار نہ ہو اور علامات میں بہتری آنا شروع ہو جائے؛ یا اگر علامات ظاہر نہیں ہوئی تو مثبت ٹیسٹ سے **10 دنوں** تک۔
- COVID-19 ٹیسٹ منفی ہے - تو اس وقت تک گھر پر رہیں جب تک آپ کو بخار کم کرنے کی ادویات استعمال کیے بغیر 24 گھنٹوں تک بخار نہ ہو اور علامات میں بہتری آنا شروع ہو جائے۔
- کوئی جانچ نہیں کی گئی اور نہ ہی کوئی متبادل تشخیص - علامات کے آغاز سے **10 دن تک** گھر میں رہیں، بخار کم کرنے کی ادویات استعمال کیے بغیر 24 گھنٹوں تک بخار نہ ہو اور علامات میں بہتری آنا شروع ہو جائے۔
- نگہداشت صحت کے فراہم کار کی جانب سے بیان کردہ علامات کی متبادل تشخیصات - اس وقت تک گھر پر رہیں جب تک آپ کو بخار کم کرنے کی ادویات استعمال کیے بغیر 24 گھنٹوں تک بخار نہ ہو اور علامات میں بہتری آنا شروع ہو جائے یا نگہداشت صحت کے فراہم کار کی ہدایات پر عمل کریں۔

اگر COVID-19 کیس سے کوئی قریبی رابطہ ہے:

- COVID-19 مثبت آتا ہے - تو علامات ظاہر ہونے کے دن سے **10 دنوں تک گھر** پر رہیں جب تک آپ کو بخار کم کرنے کی ادویات استعمال کیے بغیر 24 گھنٹوں تک بخار نہ ہو اور علامات میں بہتری آنا شروع ہو جائے؛ یا اگر علامات ظاہر نہیں ہوئی تو مثبت ٹیسٹ سے **10 دنوں** تک۔
- COVID-19 ٹیسٹ نہیں ہوا یا ٹیسٹ منفی آتا ہے - تو آخری مرتبہ سامنا ہونے سے **14 دنوں** تک گھر پر رہیں جب تک آپ کو بخار کم کرنے کی ادویات استعمال کیے بغیر 24 گھنٹوں تک بخار نہ ہو اور علامات میں بہتری آنا شروع ہو جائے۔

[www.fairfaxcounty.gov/health/novel-coronavirus](http://www.fairfaxcounty.gov/health/novel-coronavirus)

TTY 711، 703-267-3511

Fairfax, Va. اشاعت. نومبر. 2020. کسی متبادل فارمیٹ میں معلومات کی درخواست یا مزید معلومات کے لئے، Fairfax County کے محکمہ صحت کو 703-246-2411 پر کال کیجیے۔ 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](http://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](https://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>

