

THÔNG BÁO HỌC SINH BỊ BỆNH

Student Name: _____

Date: _____

School: _____

Time: _____ AM/PM

Phụ huynh/Người giám hộ:

Con quý vị đã tới phòng y tế ngày hôm nay với các triệu chứng mới và chưa rõ nguyên nhân sau đây:

- | | | | |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Fever/chills/sốt/ớn lạnh | <input type="checkbox"/> Cough/ho | <input type="checkbox"/> Shortness of breath/khó thở | <input type="checkbox"/> New loss of taste/smell/mới mất vị giác/mùi vị |
| Temp/nhiệt độ: _____ | | | |
| <input type="checkbox"/> Sore throat/đau họng | <input type="checkbox"/> Fatigue/mệt mỏi | <input type="checkbox"/> Muscle aches/đau nhức cơ bắp | <input type="checkbox"/> Runny nose/congestion/chảy nước mũi/ngẹt mũi |
| <input type="checkbox"/> Stomachache/đau dạ dày | <input type="checkbox"/> Diarrhea/tiêu chảy | <input type="checkbox"/> Nausea/vomiting/buồn nôn/ói mửa | <input type="checkbox"/> Headaches/nhức đầu |
| <input type="checkbox"/> Other/triệu chứng khác: _____ | | | |

Do có COVID-19 trong cộng đồng, chúng tôi khuyến nghị nên yêu cầu đánh giá của một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho tất cả trẻ em bị bệnh. Vui lòng mang mẫu đơn này đến nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị.

School Public Health Nurse/Aide Observation/nhân viên y tá y tế công cộng trường học/phụ tá quan sát:

Comments/ý kiến: _____

Chữ ký: _____ RN / Phụ tá Y tế

Thực hiện theo các **Hướng dẫn Trở lại Trường học** dưới đây nếu con quý vị đã được gửi về nhà với bất kỳ triệu chứng nào ở trên:

Nếu KHÔNG có tiếp xúc gần gũi với trường hợp COVID-19:

- **Xét nghiệm COVID-19 Dương tính** – Cách ly bằng cách ở nhà **10 ngày** từ khi khởi phát các triệu chứng, không sốt trong 24 giờ mà không cần dùng thuốc hạ sốt VÀ các triệu chứng đang được cải thiện; hoặc **10 ngày** kể từ ngày xét nghiệm dương tính nếu chưa từng có triệu chứng.
- **Xét nghiệm COVID-19 âm tính** – Ở nhà cho đến khi không sốt trong 24 giờ mà không cần dùng thuốc hạ sốt VÀ các triệu chứng đang cải thiện.
- **Không thực hiện xét nghiệm và không có chẩn đoán thay thế** – Cách ly bằng cách ở nhà cho đến khi được **10 ngày** kể từ khi khởi phát các triệu chứng, không sốt trong 24 giờ mà không cần dùng thuốc giảm sốt và các triệu chứng đã được cải thiện.
- **Chẩn đoán thay thế của một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe giải thích các triệu chứng** – Ở nhà cho đến khi không bị sốt trong 24 giờ mà không cần dùng thuốc hạ sốt VÀ các triệu chứng đang được cải thiện, hoặc ở nhà lâu hơn theo hướng dẫn của nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe.

Nếu có tiếp xúc gần gũi với một trường hợp COVID-19:

- **Xét nghiệm COVID-19 Dương tính** – Cách ly bằng cách ở nhà **10 ngày** từ khi khởi phát các triệu chứng, không sốt trong 24 giờ mà không cần dùng thuốc hạ sốt VÀ các triệu chứng đang được cải thiện; hoặc **10 ngày** kể từ ngày xét nghiệm dương tính nếu chưa từng có triệu chứng.
- **Xét nghiệm COVID-19 âm tính hoặc không có xét nghiệm:** – Cách ly bằng cách ở nhà **14 ngày** từ khi khởi phát các triệu chứng, không sốt trong 24 giờ mà không cần dùng thuốc hạ sốt VÀ các triệu chứng đã cải thiện.

www.fairfaxcounty.gov/health/novel-coronavirus

703-267-3511, TTY 711

Ấn phẩm của Fairfax, VA. Tháng 11/2020. Để biết thêm thông tin hoặc yêu cầu thông tin ở định dạng thay thế, hãy gọi cho Sở Y Tế Fairfax County theo số 703-246-2411. TTY 711.

Vietnamese



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>

