إدارة الشؤون الصحية لمدينة سينسيناتي
برنامج الصحة المدرسية وصحة المراهقين

استبعاد الإحالة الطبية لحالات كوفيد 19

فحصت ممرضة المدرسة ابنك اليوم وحددت المشكلة (المشكلات) التالية التي تحتاج إلى عناية طبية. يمكن لولي الأمر و/أو مقدم الخدمات الطبية ملء هذا النموذج.

التاريخ: ______
السيد الفاضل ولي أمر /وصي: _______________ تاريخ الميلاد: ______________
المدرسة: ____________________________ الصف/الصف الفصل الواحد: ______________

قيّمت ممرضة مسجلة ابنك ووجدت أنه مصاب بعرض (أعراض) كوفيد 19 التالية:

العرض (الأعراض) الرئيسي:
عرض واحد رئيسي يتطلب اختبارًا لفيروس كوفيد

الأعراض الطفيفة:
عرضان طفيفان يتطلبان اختبارًا لفيروس كوفيد أو عرض طفيف في حالة الاختلاط المعروف بشخص مصاب بكوفيد 19

☐ صعوبة التنفس
☐ فقدان حاسة التذوق أو الشم
☐ سعال مستمر
☐ ضيق في النفس

☐ حمى (درجة حرارة تزيد على 100.4 فهرنهايت)
☐ إعياء
☐ صداع
☐ إحساس بالبرد مع ارتعاش

☐ آلام في العضلات/الجسم
☐ احتقان الأنف
☐ سيلان الأنف
☐ التهاب الحلق

☐ إسهال
☐ غثيان أو قيء

تاريخ ظهور الأعراض: ________ **الاختلاط المعروف:** نعم____ لا____ غير معروف____

ممرضة الصحة العامة: ______________________ **رقم الهاتف:** ____________

◆ ◆ ◆

تقبل مدارس سينسيناتي العامة أي تقرير يقدمه ولي الأمر/الوصي لاختبار كوفيد 19 الإيجابي

1. **حال تبينت سلبية الاختبار المنزلي لكوفيد 19 المراقب:**
يجوز لابنك العودة إلى المدرسة عندما تُرجع نتائج الاختبار المراقب إلى الممرضة
وتحسن الأعراض المصاب بها ابنك
وشفاء ابنك من القيء والإسهال والحمى أو أحدهما دون دواء خافض للحمى لمدة 24 ساعة على الأقل

2. **حال تبينت إيجابية اختبار كوفيد 19 لابنك أو إذا اخترت عدم خضوع ابنك للاختبار:**
يرجى الإبلاغ بالإصابة الإيجابية للطالب إلى خط الحضور في المدرسة وإلى الخط الساخن لحالات كوفيد 19 التابع لإدارة الصحة في سينسيناتي على الرقم 513-357-7462.
يُعزل ابنك لما لا يقل عن 5 أيام من تاريخ ظهور الأعراض وتاريخ الاختبار أو أحدهما.
يجوز لابنك العودة إلى المدرسة في اليوم 6 **إذا:**
   - تحسن الأعراض المصاب بها ابنك
   - وشفاء ابنك من القيء والإسهال والحمى أو أحدهما دون دواء خافض للحمى لمدة 24 ساعة على الأقل
   - يرتدي طفلك كمامة في الأيام من 6 إلى 10 من ظهور الأعراض في حضوره إلى المدرسة.

للطلاب الذين فحصهم مقدم الرعاية الطبية: على مقدم الرعاية ملء ما يلي

1. **كانت نتيجة اختبار كوفيد 19 للطالب:** إيجابية: __________ سلبية: __________
2. **في حالة عدم الخضوع للاختبار أو تبينت سلبية الاختبار:** تشخيص بديل: ____________________

توقيع مقدم الخدمات الطبية: ____________________ **رقم الهاتف:**__________ **التاريخ:** ________

يُرجى إرسال النموذج بعد ملئه إلى ممرضة المدرسة أو بالفاكس إلى: رقم الفاكس 513-357-2811

SH 8/17/22 COVID med-ref