

استمارة الالتزام بالفحص الصحي لأولياء أمور الطلاب/الأوصياء الشرعيين

من أجل حماية الطلاب وأفراد الكادر المدرسي، وافق على الالتزام بأجراء الفحص الصحي اليومي لطفلي من خلال الإستعانة بأستمارة أسئلة الفحص الصحي للكشف عن الإصابة بمرض كوفيد-19 وعدم إرسال طفلي الى المدرسة حينما يشعر بالمرض أو تكون صحته معتلة بالأعراض المصاحبة لمرض كوفيد-19. ينطبق هذا الالتزام على جميع الأطفال في سن المدرسة في منزلي.

أوافق على فحص جميع الأطفال في سن المدرسة بمنزلي كل يوم قبل إرسالهم الى المدرسة، كما أوافق على أبقاء الطفل في المنزل إذا:

- كان يشعر بالحمى و/أو القشعريرة (إذا كانت درجة حرارته/الحمى موثقة وتبلغ 100.4 درجة فهرنهايت أو أكثر)
- كان يعاني من سعال جديد غير ناتج عن حالة صحية أخرى.
- التعب (الشعور بالتعب بشكل أكثر من المعتاد)
- احتقان الأنف أو سيلان الأنف
- الصداع
- كان يعاني من التهاب جديد في الحلق غير ناتج عن حالة صحية أخرى.
- كان يعاني من حالة قشعريرة جديدة غير ناتجة عن حالة صحية أخرى.
- كان يعاني من آلام عضلية جديدة غير ناتجة عن حالة صحية أخرى أو نتيجة القيام بنشاط معين مثل التمارين الرياضية.
- حالة جديدة لفقدان حاسة التذوق أو الشم، بداية جديدة لضعف الشهية أو سوء التغذية
- ألم في منطقة البطن، أسهال، غثيان، تقيؤ

أفهم بأن أسئلة الفحص الصحي للكشف عن الإصابة بمرض كوفيد-19 قد تتغير بمرور الوقت حسب ما هو مطلوب من مركز السيطرة على الامراض والوقاية منها (CDC)، وستقوم مدارس مقاطعة فيرفاكس الحكومية (FCPS) بتحديث أسئلة الفحص الصحي حسب اللازم. ستقوم مدارس FCPS بأبلاغني عن أي تغييرات ضرورية كما أوافق على مواصلة إجراء الفحص الصحي اليومي على أساس المتطلبات الحالية.

أوافق على عدم إرسال طفلي الى المدرسة إذا ظهرت عليه أي علامة من علامات الإصابة بمرض كوفيد-19 لحين:

- ظهور نتيجة فحص اختبار كوفيد-19 سلبية لطفلي مع تمتعه بخلاف ذلك بصحة جيدة تسمح له بالرجوع الى المدرسة أو
- معاينة إحدى الجهات المزودة للرعاية الصحية لطفلي وتوثيق سبب الأعراض على أنها ليست بسبب الإصابة بمرض كوفيد-19 أو
- جميع ما يلي صحيح: (1) مرور 10 أيام على الأقل منذ بداية ظهور الأعراض و (2) زوال الحمى مع عدم تناول الأدوية الخافضة للحرارة لمدة 24 ساعة و (3) وجود تحسن على الأعراض.

أوافق على عدم إرسال طفلي الى المدرسة إذا تم تشخيص أو تأكيد إصابته بمرض كوفيد-19 حتى استيفاء ما يلي:

- مضت 10 أيام على الأقل منذ ظهور الأعراض على طفلي لأول مرة و
- لم يعاني طفلي من الحمى ولم يكن يستخدم الأدوية الخافضة للحرارة (مثل: Tylenol (تايلنول)، Ibuprofen (ايبوبروفين) لمدة 24 ساعة و
- بدأت أعراض المرض التي ظهرت على طفلي بالتحسن

أوافق على أخذ طفلي للطبيب لغرض تقييم وضعه وأكمال تصريح العودة الى المدرسة/مركز رعاية الأطفال في كل مرة يتم فيها إرسال طفلي الى البيت وهو مريض خلال اليوم الدراسي.

إذا تم تشخيص أو تأكيد إصابة أي فرد من أفراد أسرتي بمرض كوفيد-19 أو كان طفلي معرض للإصابة، أوافق في هذه الحالة على أبقاء طفلي في المنزل لمدة 14 يوم من تاريخ آخر مرة تعرض فيها للفرد المصاب في الأسرة.

*يتم تعريف التعرض على أنه مجموع مدة تعرض الشخص خلال فترة 24 ساعة (على سبيل المثال، ثلاث فترات من التعرض لمدة 5 دقائق في كل مرة فيكون المجموع 15 دقيقة). يُعتبر الشخص المصاب بمرض كوفيد-19 مُعدياً بدءاً من قبل يومين من شعوره بالمرض أو قبل يومين من ظهور نتيجة الفحص إيجابية إذا لم تظهر عليه مطلقاً أي أعراض إصابة بالمرض.

إذا ظهرت أي من الأعراض المذكورة أعلاه على فرد من أفراد أسرتي، فسأقوم بأخذه الى الجهة المزودة للرعاية الصحية لغرض تقييم وضعه و/أو إجراء اختبار للتأكد من إصابته بمرض كوفيد-19. لو كانت نتيجة الفحص إيجابية أو تم تشخيص إصابته بمرض كوفيد-19، فسأقوم بأبقاء طفلي في المنزل لمدة 14 يوم من تاريخ آخر مرة تعرض فيها للفرد المصاب في الأسرة أو أتباع ما هو موضح أعلاه إذا كانت نتيجة فحص طفلي إيجابية.

تاريخ الميلاد:

اسم الطالب:

اسم ولي أمر الطالب/الوصي الشرعي:

التاريخ:

توقيع ولي أمر الطالب/الوصي الشرعي