



راهنمای کام دوم مبارزه با کووید-۱۹ (کرونا ویروس) فاصله گذاری اجتماعی و الزامات سلامت محیط و کار در دانشکده ها و مراکز آموزشی و تحقیقاتی

پیوست ۱: فرم خوداظهاری فرد جهت بازگشت به کار / تحصیل

اینجانب دانشجوی رشته دانشجوی رشته به شماره دانشجویی اظهار می نمایم :

۱- وضعیت علائم شما در سه روز اخیر:

- | | | | | | |
|-----------------------|---|--|---|-----------|---|
| تب | <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله | لرز | <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله | سرفه | <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله |
| تنگی نفس | <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله | گلو درد | <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله | بدن درد | <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله |
| اسهال | <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله | سردرد | <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله | حالت تهوع | <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله |
| احساس خستگی و ضعف | <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله | درد یا احساس سنگینی در قفسه سینه | <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله | | |
| گرفتگی یا آبریزش بینی | <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله | از دست دادن بویایی و چشایی | <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله | | |
| قرمزی چشمها | <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله | تماس با افراد دارای علائم یا حضور در محیط های پر خطر | <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله | | |
- علائم پوستی:** کهیر بله خیر جوشهای سر قرمز بله خیر انگشت پای کوویدی بله خیر

۲- سابقه تماس نزدیک (فاصله کمتر از ۲ متر) با فرد مبتلا به کووید-۱۹ (کرونا ویروس) در دو هفته اخیر؟ خیر بله

- مراقبت مستقیم فردی از افراد خانواده بیمار مشکوک / محتمل / قطعی کووید-۱۹؟ بله خیر

- هر گونه تماس شغلی (شامل همکار بودن یا همکلاس بودن) با فرد مبتلا به کووید-۱۹ در فضای بسته مشترک (تماس بیش از ۱۵ دقیقه در فاصله کمتر از ۲ متر)؟ بله خیر

- همسفر بودن با فرد مبتلا به کووید-۱۹ در وسیله نقلیه مشترک؟ بله خیر

۳- اطلاعات سلامت و علائم تنفسی خود را در سامانه salamat.gov.ir ثبت کرده اید؟ بله خیر

اینجانب به کد ملی تعهد می نمایم در صورت بروز هر گونه علائم فوق، مراتب را به مسئول خوابگاه / آموزش دانشکده ، اطلاع دهم و نیز گواهی می کنم در بازده زمانی ۱۵ روز آینده مجددا در سامانه salamat.gov.ir ثبت نام و یا حضورا مراجعه نموده و پاسخ کلیه پرسش ها را با هوشیاری، دقت و صداقت ثبت نمایم و هر گونه عواقب ناشی از پاسخ نادرست و خلاف واقع و عدم اظهار حقیقت به عهده اینجانب خواهد بود و در صورت اثبات عدم اظهار حقیقت در مراجع حقوقی و انضباطی پاسخگو باشم،

نام و نام خانوادگی:

تاریخ و امضاء