



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 ۲متر) 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 کارفرما / نماینده معرفی شده از طرف کارفرما ، اطلاع دهم و نیز گواهی می کنم در بازه 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 خواهم بود ،

نام و نام خانوادگی مراجع کننده:

نظر پزشک :

تاریخ و امضاء

مهر و امضاء پزشک

تاریخ مراجعه :