



FO-12-COV-۳

نام و نام خانوادگی: شماره پرسنلی: تاریخ تولد: شماره تلفن همراه:

این بخش به عنوان اظهار نامه کارمند بوده و توسط وی امضاء می گردد

- علائم بیماری کووید -۱۹: ندارم

- علائم بیماری کووید -۱۹: دارم تب تنگی نفس سرفه گلودرد

لرز بدن درد کاهش حس بویایی / چشایی قرمزی چشم علایم گوارشی سردرد

احساس خستگی و ضعف درد یا احساس سنگینی در قفسه سینه علائم پوستی

- سابقه ابتلا به بیماری زیر را دارم

دیابت فشارخون آسم نقص ایمنی بیماری قلبی

بیماری مزمن ریوی اختلال کبدی مزمن اختلال هماتولوژیک مزمن کانسر

بیماری مزمن کلیه استفاده طولانی مدت از کورتون سایر:

- طی ۱۴ روز گذشته سفر به مکان های آلوده داشته ام؟ بله خیر توضیحات:

اگر بله: تاریخ سفر: مکان سفر و شهرهای بازدید شده:

- در ۱۴ روز گذشته با فرد (یا اعضای خانواده) مشکوک یا تأیید شده عفونت کرونا تماس داشته ام؟

بله خیر توضیحات:

اینجانب صحت کلیه اظهارات فوق را تأیید می نمایم.

تاریخ: نام و نام خانوادگی شاغل: امضا و اثر انگشت:

این بخش توسط تیم بهداشت و درمان تکمیل می گردد

درجه حرارت بدن: میزان اکسیژن خون: تست سریع آنتی ژن کووید: مثبت منفی

علائم بیماری کووید -۱۹:

وضعیت خطر فرد از جهت ابتلا به بیماری کووید -۱۹: نرمال مشکوک

در حال حاضر برای تردد به جزیره/ اسکو: تأیید می شود تأیید نمی شود

در صورت عدم تأیید برای تردد به جزیره/ اسکو: اقدام لازم:

نام و نام خانوادگی پزشک/ تیم سلامت کار: مهر و امضاء

تاریخ: