**هر یک از کارکنان بایستی این پرسشنامه را قبل از شروع هر شیفت کامل کند.**

**لطفاً پرسشنامۀ کامل شده خود را برای بایگانی در اختیار مدیر شیفت قرار دهید.**

نام کارمند \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

تاریخ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ساعت شیفت (مثال 17:00 – 9:00 ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| بلی □ خیر □ | آیا شما اخیرا به علت تشخیص ابتلا به کووید-19 ملزم به جدا ماندن از افراد دیگر شده اید؟  |
| بلی □ خیر □ | آیا از طرف Department of Health and Human Services به دلیل در تماس نزدیک بودن با شخص مبتلا به کووید-19 ملزم به رعایت دورG 14 روزۀ قرنطینه شده اید؟ |

**اگر به هر یک از سوالهای بالا جواب بلی داده اید، نباید قبل از توصیۀ Department of Health and Human Services مبنی بر مرخص شدنتان بعد از پایان دورۀ جدا ماندن و یا قرنطینۀ 14 روزه سر کارتان حاضر شوید.**

اگر پاسخ شما به سؤالات بالا **نه** هست، چک لیست علائمی که ذیلاً قید شده را تکمیل نمائید.

آیا علایم زیردر شما مشاهده میشود:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

تب (اگر تب سنج دارید، دمای بدن خود را اندازه گیری کنید.اگر بالای 37.5 و درجه سانتیگراد باشد شما تب دارید.) بلی □ خیر □

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

لرز بلی □ خیر □

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

سرفه بلی □ خیر □

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

گلودرد بلی □ خیر □

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

تنگی نفس بلی □ خیر □

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

آبریزش بینی بلی □ خیر □

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

از دست دادن حس بویایی بلی □ خیر □

اگر به هر یک از سوالهای بالا جواب بلی داده اید نباید وارد محل کارتان شوید (یا اگر شده اید محل کارتان را ترک کنید.)

به کارفرمای خود اطلاع دهید، به منزل بروید، و آزمایش Coronavirus (COVID-19) بدهید.

اگر پاسخ شما به تمام سؤالات بالا **نه** هست، میتوانید به محل کار خود وارد شوید.

اگر علائم شما شدیدتر شد، در خانه بمانید و با خط ویژۀ 24 ساعتۀ کرونا ویروس با شماره 1800675398 تماس گرفته و مشورت بگیرید و یا با دکتر خانوادگی خود صحبت کنید.

توصیه میشود که برای کمک به ردیابی تماس، COVIDSafe App را دانلود کنید.

**جدا ماندن ما را با یکدیگر نگه میدارد.**

برای دریافت اطلاعات بیشتر درباره Coronavirus (COVID-19) ازوبسایت www.coronavirus.vic.gov.au/farsi دیدن فرمایید.