

سجل المراقبة اليومي لفيروس كورونا المستجد (COVID-19) من VDH

تاريخ الميلاد: _____

الاسم: _____

تم توفير المخططات المرفقة للمساعدة في مراقبة فيروس كورونا المستجد 2019 (COVID-19) لمدة 14 يومًا منذ آخر تعرض محتمل للفيروس المسبب لمرض كورونا المستجد (COVID-19). يُرجى استخدامها لتسجيل درجة حرارتك مرتين يوميًا وكذلك أي أعراض في حالة حدوثها. قم بقياس درجة حرارتك مرتين يوميًا (مرة في الصباح ومرة في المساء) وسجل درجات الحرارة في السجل الذي حصلت عليه. من الجيد قياس درجة حرارتك في الأوقات نفسها تقريبًا كل صباح ومساءً. لا تأكل أو تشرب أي شيء لمدة 30 دقيقة قبل قياس درجة حرارتك، ولا تتناول أي أدوية خافضة للحرارة (مثل الأسبرين أو التالينول أو الإيبوبروفين أو أليف، إلخ).

لا تظهر الأعراض على كل شخص مصاب بفيروس كورونا المستجد (COVID-19). إذا ظهرت الأعراض، فإنها تظهر عادةً بعد يومين إلى 14 يومًا من التعرض للفيروس. أبلغ الأشخاص المصابون بفيروس كورونا المستجد (COVID-19) والذين ظهرت عليهم الأعراض عن مجموعة واسعة من الأعراض، تتراوح بين خفيفة جدًا وشديدة. وقد تشمل الأعراض الحمى أو القشعريرة والسعال وضيق التنفس أو صعوبة التنفس والتعب أو آلام العضلات أو الجسم والصداع أو حالة جديدة من فقدان حاسة التذوق أو الشم، أو التهاب الحلق واحتقان الأنف أو سيلانها أو الغثيان أو القيء أو الإسهال. لن يعاني كل شخص مصاب بفيروس كورونا المستجد (COVID-19) من جميع الأعراض وقد لا توجد حمى. للحصول على قائمة كاملة بالأعراض، يُرجى الاطلاع على www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/symptoms-testing/symptoms.html.

إذا ظهرت عليك أعراض فيروس كورونا المستجد (COVID-19) (حتى لو كانت الأعراض خفيفة للغاية)، فابق في المنزل واسترح واعزل نفسك عن الأشخاص الآخرين أو الحيوانات الأخرى في منزلك قدر الإمكان. يعاني معظم الأشخاص المصابين بفيروس كورونا المستجد (COVID-19) من أعراض خفيفة تتحسن دون مساعدة طبية. إذا كانت لديك أعراض وترغب في إجراء فحص لفيروس كورونا المستجد (COVID-19)، فيرجى الاتصال بمقدم الرعاية الصحية الخاص بك. قد يقوم مقدم الرعاية الصحية بجمع عينات لفحص حالتك أو مساعدتك في العثور على مواقع أخذ العينات في منطقتك. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة موقع VDH www.vdh.virginia.gov ما الذي ينبغي فعله إذا كنت تعاني من حالة مؤكدة أو مشتبه بها من الإصابة بفيروس كورونا المستجد (COVID-19).

إذا كنت معرضًا لخطر أكبر للإصابة بإعياء شديد نتيجة فيروس كورونا المستجد (COVID-19) (على سبيل المثال، إذا كنت من كبار السن أو الأشخاص في أي عمر ممن يعانون من مشاكل صحية أخرى مثل أمراض الرئة المزمنة أو أمراض القلب أو السكري أو السرطان أو ضعف جهاز المناعة) أو كانت حالتك تزداد سوءًا (على سبيل المثال، صعوبة التنفس أو الحمى المستمرة بعد استخدام الأدوية الخافضة للحرارة)، فاتصل بمقدم الرعاية الصحية الخاص بك.

- إذا كان ذلك ممكنًا، وإذا لم تكن حالة طبية طارئة، فينبغي أن يتواجد معك أحد أفراد العائلة أو صديق لتوصيلك في سيارة خاصة. لا تستقل وسائل النقل العام (مثل القطر أو مترو الأنفاق/المترو أو الحافلة أو التاكسي). احمل أي أوراق (على سبيل المثال: مخطط الحمى ومعلومات الاتصال بإدارة الصحة المحلية) معك حتى تتمكن من إظهارها عند وصولك إلى قسم الطوارئ.
- إذا أصبحت مريضًا جدًا وكانت هذه حالة طبية طارئة، فاتصل بالرقم 1-9-1. أخبر موظف الرد على الهاتف عن الأعراض التي تعاني منها وإذا كنت قد تعرضت لشخص مريض بفيروس كورونا المستجد (COVID-19) وأخبر طاقم سيارة الإسعاف عند وصوله.

قد ترغب في تسجيل معلومات الاتصال لمقدم الرعاية الصحية الخاص بك وإدارة الصحة وقسم الطوارئ المحلي للرجوع إليها بسهولة إذا مرضت أو إذا كانت لديك أسئلة.

- إدارة الصحة المحلية:
 - الاسم: _____
 - رقم الهاتف: _____
- مقدم الرعاية الصحية:
 - الاسم: _____
 - رقم الهاتف: _____
- قسم الطوارئ المحلي:
 - الاسم: _____
 - رقم الهاتف: _____

سجل المراقبة اليومي لفيروس كورونا المستجد (COVID-19)

يُرجى إكمال الجدول أدناه، وتسجيل درجة الحرارة والأعراض كل يوم. لكلٍ من الأعراض المدرجة، حدد "Y" في حالة "نعم" و"N" في حالة "لا". يتوافق اليوم 1 واليوم 2 وما إلى ذلك مع عدد الأيام منذ آخر مرة معروفة تعرّضت فيها للفيروس.

الاسم (الأخير، الأول): _____

تاريخ آخر تعرض محتمل للفيروس (اليوم 0): _____ تاريخ إكمال فترة المراقبة (14 يومًا بعد آخر تعرض محتمل): _____

التاريخ	اليوم 1	اليوم 2	اليوم 3	اليوم 4	اليوم 5	اليوم 6	اليوم 7
هل تم تناول الأدوية اليوم؟*	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N
في حالة الإجابة بنعم، اذكرها:	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
درجة الحرارة (في الصباح)	_____°	_____°	_____°	_____°	_____°	_____°	_____°
درجة الحرارة (في المساء)	_____°	_____°	_____°	_____°	_____°	_____°	_____°
هل هناك شعور بالحُمى؟	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N
هل هناك قشعريرة؟	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N
هل هناك رجة (ارتجاف)؟	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N
هل هناك آلام بالعضلات؟	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N
هل هناك شعور بالتعب (الإرهاق)؟	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N
هل هناك سيلان بالأنف؟	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N
هل هناك احتقان أو انسداد الأنف؟	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N
هل هناك احتقان بالحلق؟	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N
هل هناك سعال (حالة جديدة من السعال أو تفاقم لحالة السعال المزمن)؟	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N
هل هناك أزيز بالصدر؟	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N
هل هناك ضيق بالتنفس؟	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N
هل هناك صعوبة بالتنفس؟	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N
هل هناك غثيان أو قيء؟	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N
هل هناك صداع؟	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N
هل هناك ألم أو وجع في البطن (المعدة)؟	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N
هل هناك ألم بالصدر؟	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N
هل هناك إسهال (التبرز 3 مرات أو أكثر برازًا رخوًا أو أكثر سيولة خلال فترة 24 ساعة)؟	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N
هل هناك فقدان في الشهية؟	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N
هل هناك اضطراب حديث في حاسة الشم؟	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N
هل هناك اضطراب حديث في حاسة التذوق؟	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N
هل هناك أعراض/تعليقات أخرى؟	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N

* اذكر جميع الأدوية التي تم تناولها اليوم. تأكد من تضمين الأدوية الخافضة للحمى (مثل الأسبرين أو الإيبوبروفين أو التابليتول أو الأسيكامينوفين) والستيرويدات.

سجل المراقبة اليومي لفيروس كورونا المستجد (COVID-19)

يُرجى إكمال الجدول أدناه، وتسجيل درجة الحرارة والأعراض كل يوم، لكلٍ من الأعراض المدرجة، حدد "Y" في حالة "نعم" و"N" في حالة "لا". يتوافق اليوم 1 واليوم 2 وما إلى ذلك مع عدد الأيام منذ آخر مرة معروفة تعرّضت فيها للفيروس.

الاسم (الأخير، الأول): _____

تاريخ آخر تعرض محتمل للفيروس (اليوم 0): _____ تاريخ إكمال فترة المراقبة (14 يوماً بعد آخر تعرض محتمل): _____

اليوم 14	اليوم 13	اليوم 12	اليوم 11	اليوم 10	اليوم 9	اليوم 8	التاريخ
Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	هل تم تناول الأدوية اليوم؟*
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	في حالة الإجابة بنعم، اذكرها:
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	درجة الحرارة (في الصباح)
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	درجة الحرارة (في المساء)
Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	هل هناك شعور بالحمى؟
Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	هل هناك تشعيريرة؟
Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	هل هناك رجفة (ارتجاف)؟
Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	هل هناك آلام بالعضلات؟
Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	هل هناك شعور بالتعب (الإرهاق)؟
Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	هل هناك سيلان بالأنف؟
Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	هل هناك احتقان أو انسداد الأنف؟
Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	هل هناك احتقان بالحلق؟
Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	هل هناك سعال (حالة جديدة من السعال أو تفاقم لحالة السعال المزمن)؟
Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	هل هناك أزيز بالصدر؟
Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	هل هناك ضيق بالتنفس؟
Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	هل هناك صعوبة بالتنفس؟
Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	هل هناك غثيان أو قيء؟
Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	هل هناك صداع؟
Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	هل هناك ألم أو وجع في البطن (المعدة)؟
Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	هل هناك ألم بالصدر؟
Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	هل هناك إسهال (التبرز 3 مرات أو أكثر برازاً رخوًا أو أكثر سيولة خلال فترة 24 ساعة)؟
Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	هل هناك فقدان في الشهية؟
Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	هل هناك اضطراب حديث في حاسة الشم؟
Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	هل هناك اضطراب حديث في حاسة التذوق؟
Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	هل هناك أعراض/تعليقات أخرى؟

* اذكر جميع الأدوية التي تم تناولها اليوم. تأكد من تضمين الأدوية الخافضة للحمى (مثل الأسبرين أو الإيبوبروفين أو التايلينول أو الأسيتامينوفين) والستيرويدات.
الملاحظات/التعليقات: