

**DỪNG LẠI**

# Sàng lọc Covid-19

Nếu quý vị trả lời **CÓ** cho **BẤT KỲ** câu hỏi nào sau đây, không được cho con quý vị đến trường và hãy tham khảo ý kiến của chuyên gia chăm sóc sức khỏe hoặc Cơ quan Y tế Công cộng tại địa phương để được hướng dẫn thêm:

Con quý vị và/hoặc bất kỳ người nào trong gia đình của con quý vị có bất kỳ triệu chứng nào sau đây là mới hoặc diễn biến trầm trọng hơn liên quan đến COVID-19 không?



Sốt  
(nhiệt độ)

CÓ  KHÔNG



Cơn ho mới hoặc trầm trọng hơn

CÓ  KHÔNG



Thở hụt hơi  
Khó thở

CÓ

KHÔNG



Đau họng,  
Khó nuốt

CÓ

KHÔNG



Chảy nước mũi hoặc  
ngẹt mũi

CÓ

KHÔNG



Mất khả năng nếm  
hoặc ngửi

CÓ

KHÔNG



Cảm giác muốn ói mửa,  
ói mửa, tiêu chảy

CÓ

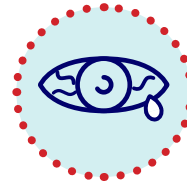
KHÔNG



Cảm giác mệt mỏi / khó  
chịu / ớn lạnh / đau đầu  
không rõ nguyên nhân

CÓ

KHÔNG



Đau mắt đỏ  
(viêm kết mạc)

CÓ

KHÔNG



Con quý vị, hoặc bất kỳ ai trong hộ gia đình của con quý vị, có tiếp xúc vật lý ở khoảng cách gần với bất kỳ người nào đang được “điều tra” hoặc đã có kết quả xét nghiệm dương tính với COVID-19 trong 14 ngày qua, mà không mang Thiết bị Bảo hộ Cá nhân thích hợp hay không?

CÓ

KHÔNG



Con quý vị, hoặc bất kỳ ai trong gia đình con quý vị, có đi ra khỏi Canada trong 14 ngày qua không?

CÓ

KHÔNG



Quý vị và/hoặc bất kỳ người nào trong hộ gia đình của con quý vị có làm việc trong một cơ sở được xác định là đang trải qua đợt bùng phát của bệnh COVID-19 không?

CÓ

KHÔNG