



RIDE Rhode Island
Department
of Education

RIOPC
RI Office of the Postsecondary Commissioner



شهادة العودة بعد المرض

يمكن إكمال هذه الشهادة من قبل أحد الوالدين / الوصي أو أحد الموظفين. لا يحتاج إلى إكمالها من قبل مقدم الرعاية الصحية.

اسم الطالب / الموظف:

تاريخ الولادة:

رقم الهاتف:

اسم المدرسة / البرنامج:

تواريخ أيام الغياب:

تحقق من جميع الأعراض التي يعاني منها الشخص:

يجب اختباره بالنسبة لـ كوفيد-19 *	الأعراض	<input type="checkbox"/>
نعم	سعال	
نعم	ضيق التنفس أو صعوبة في التنفس؟	
نعم	فقدان التذوق	
نعم	فقدان حاسة الشم	
نعم ، إذا ظهر اثنان أو أكثر من هذه الأعراض لا ، إذا ظهر فقط أحد هذه الأعراض	حمى (درجة حرارة أعلى من 100.4 درجة مئوية أو الشعور بالحمى عند اللمس)	
	القشعريرة	
	الام العضلات أو الجسم	
	صداع	
	التهاب الحلق	
	إجهاد	
	احتقان أو سيلان الأنف	
	الغثيان أو القيء	
	الإسهال	

* إذا كان الاختبار سلبيًا ، يمكن للشخص العودة إلى العمل / المدرسة / رعاية الطفل عندما لا يعاني من الحمى لمدة 24 ساعة دون استخدام الأدوية الخافضة للحمى وتحسنت الأعراض (العودة إلى الحالة الصحية المعتادة). إذا كان الاختبار إيجابيًا ، فيجب على الشخص اتباع تعليمات عزل RIDOH.

تاريخ بدء الأعراض:

تاريخ انتهاء الأعراض:

هل قام طالب / موظف بإجراء اختبار كوفيد-19 أثناء هذا الغياب؟

إذا لا، حدد لماذا

نعم؛ تاريخ الاختبار:

نتيجة الاختبار:

موقع الاختبار:

تاريخ انتهاء العزل (إذا كانت نتيجة الاختبار إيجابية): أشهد أن الطالب مستعد للعودة إلى

المدرسة ولديه:

عدم الإصابة بحمى (درجة حرارة أعلى من 100.4 درجة مئوية) خلال الـ 24 ساعة الماضية

لم يتم تناول أي دواء للحمى خلال الـ 24 ساعة الماضية

تحسن الأعراض والعودة إلى الصحة المعتادة

اسم الشخص المصدق:

(الوالد / الوصي إذا كان قاصرًا)

تاريخ التوقيع: