



RIDE Rhode Island Department of Education



លិខិតបញ្ជាក់ពីការត្រឡប់មកធ្វើការវិញក្រោយមានជំងឺ

លិខិតបញ្ជាក់នេះអាចបំពេញដោយឪពុកម្តាយ/អាណាព្យាបាល ឬសមាជិកបុគ្គលិក។ លិខិតនេះមិនចាំបាច់បំពេញដោយអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពទេ។

ឈ្មោះសិស្ស/បុគ្គលិក៖
 ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត៖
 លេខទូរស័ព្ទ៖
 ឈ្មោះសាលា/កម្មវិធី៖
 កាលបរិច្ឆេទអវត្តមាន៖
 ពិនិត្យរោគសញ្ញាទាំងអស់ដែលបុគ្គលនោះមាន៖

<input type="checkbox"/>	រោគសញ្ញា	ត្រូវធ្វើតេស្តរក COVID-19*
	ក្អក	បាទ/ចាស
	ដង្ហើមខ្លី ឬពិបាកដកដង្ហើម	បាទ/ចាស
	បាត់បង់ជីវិតវិញ្ញាណ	បាទ/ចាស
	បាត់បង់យានវិញ្ញាណ	បាទ/ចាស
	ក្តៅខ្លួន (កម្តៅខ្លួនលើសពី 100.4° ឬមានអារម្មណ៍ក្តៅខ្លួនពេលស្ងាប)	បាទ/ចាស ប្រសិនបើរោគសញ្ញាទាំងនេះមានពីរបីឬច្រើន ទេ ប្រសិនបើមានតែរោគសញ្ញាមួយក្នុងចំណោមរោគសញ្ញាទាំងនេះ
	គ្រុនញាក់	
	ឈឺសាច់ដុំ ឬឈឺខ្នង	
	ឈឺក្បាល	
	ឈឺក	
	អស់កម្លាំង	
	តឹងច្រមុះ ឬហឿនសម្បុរ	
	ចង់ក្អក ឬក្អកចង្អោរ	
	រាករុស	

* ប្រសិនបើលទ្ធផលតេស្តអវិជ្ជមាន បុគ្គលនោះអាចវិលត្រឡប់ទៅធ្វើការ/សាលា/កន្លែងថែទាំកុមារនៅពេលដែលពួកគេគ្មានគ្រុនក្តៅរយៈពេល 24 ម៉ោងដោយមិនប្រើថ្នាំបន្ថយគ្រុនក្តៅ ហើយរោគសញ្ញាបានធូរស្រាល (ត្រឡប់ទៅរកមានសុខភាពធម្មតាវិញ) ។ បើលទ្ធផលតេស្តវិជ្ជមាន បុគ្គលនោះត្រូវតែធ្វើតាមការណែនាំរបស់ RIDOH ស្តីពីការដាក់ឱ្យនៅដាច់ដោយឡែក។

កាលបរិច្ឆេទដែលរោគសញ្ញាបានចាប់ផ្តើម៖ _____
 កាលបរិច្ឆេទដែលរោគសញ្ញាបានបញ្ចប់៖ _____

តើសិស្ស/បុគ្គលិកបានធ្វើតេស្តរក COVID-19 ក្នុងអំឡុងពេលអវត្តមាននេះដែរឬទេ?
 ទេ បើអត់ ហេតុអ្វីមិនធ្វើតេស្ត៖ _____
 បាទ/ចាស កាលបរិច្ឆេទធ្វើតេស្ត៖ _____
 លទ្ធផលតេស្ត៖ _____
 ទីតាំងធ្វើតេស្ត៖ _____
 កាលបរិច្ឆេទបញ្ចប់ការដាក់ឱ្យនៅដាច់ដោយឡែក (បើលទ្ធផលតេស្តវិជ្ជមាន)៖ _____

ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ថា សិស្ស/គ្រូមន្ត្រីត្រឡប់ទៅសាលារៀន ហើយមិនមាន៖
 គ្រុនក្តៅ (កម្តៅខ្លួនលើសពី 100.4°) ក្នុងរយៈពេល 24 ម៉ោងចុងក្រោយ
 មិនបានលេបថ្នាំណាមួយសម្រាប់ព្យាបាលគ្រុនក្តៅក្នុងរយៈពេល 24 ម៉ោងចុងក្រោយ
 រោគសញ្ញាបានធូរស្រាល ហើយត្រឡប់មករកមានសុខភាពធម្មតាវិញ

ឈ្មោះបុគ្គលធ្វើការបញ្ជាក់៖ _____
 (ឪពុកម្តាយ/អាណាព្យាបាល ប្រសិនបើជាអនីតិជន)
 ហត្ថលេខា៖ _____ កាលបរិច្ឆេទ៖ _____