የህክምና እርዳታዉ/ዋ ተቀባይ/አጃቢ ስለ ኮሮና ቫይረስ መጋለጥትንና አለ መጋለጥትን መግለጫ ወረቀት

ማንነትዎ፡-

ስም እና የቤተሰብ ስም..... የመታዎቂያ ቁጥር.....

ከዚህ በታች የዘረዘሩት ነገሮች ባለፉት ሁለት ሳምንታት ከርስዎ ዘንድ ተከስተው ከሆነ ክፍት ቦታዉን እንዲሞሉት በትህትና እንጠይቃለን፡-

የህመሙ ምልክት	ሙቀት ☐ ስቅቅታ ☐ ሳል ☐ የራስ ምታት ☐ የጉረሮ ህመም ☐ የጡንቻ ህመም ☐ ሽርጋታ ☐ ቅዘን ☐ ትዉከት ☐ ሆድ ቁርጠት ☐ የጣዓም/ሽታ ስሜት ማጣት ☐ ***ሌሎች.....***
በሽታ	የ***covid 19*** ቫይረስ ተሸካሚ ኖት ***አዎ/ አይደለሁም*** (ከሆኑ የምርመራው ቀን.....)
ባለፈው ወር ዉጭ ሀገር ነበሩ	***ነበርሁኝ/ አልነበርሁም***
የ **covid 19** ቫይረስ ተጠቂ /ተጠርጣሪ ወይም ማንኛዉም የብክለት በሽታ ሰው መጋለጥትን ፤	ከቤተሰብዎ ዉስጥ ሙቀት/ንፍጥ/ሳል/ጉረሮ ህመም ወይም ማንኛዉም ብክለት ያለው? አለ /የለም መታመሙ/ሚ ለተረጋገጠ/ ተጠርጣሪ ሰው ተጋልጠዋል? ***አዎ/ በፍፁም*** ከሆነ የተጋለጡበት ቀን፡.....

ከላይ በሙሉ የተጠቀሱት ነገሮች ጥሩ የሆነን የህክምና እርዳታን አያስቀሩም።

ከላይ የፃፍኳቸዉ ነገሮች በሙሉ እዉነት መሆናቸዉን እየገለፅሁ እና እውንቱን አለ መግለፅ የህብረተሰቡን እና የህክምና ሰራተኞችን አባላት ጤና አደጋ ላይ እንደሚጥል አዉቃለሁ።

ሙሉ ስም..... ፊርማ..... ቀን ..../...../..... ሰዓት ....:.....