

فرم خود اظهاری سلامت دانشجو

دانشجوی گرامی؛

اطلاعات زیر محرمانه بوده و به منظور ارزیابی شما و تدارک خدمات درمانی مورد نیاز جهت حفظ و ارتقاء سلامت شما می باشد.

اینجانب به شماره دانشجویی اظهار می نمایم:

(اطلاعات این بخش با توجه به ورود از طریق اهراز هویت مرکزی دانشگاه بصورت خودکار تکمیل می گردد)

1- در سه روز اخیر علایم زیر را داشته ام:

- تب لرز سرفه خشک گلودرد سردرد سرگیجه اختلال تمرکز
- تنگی نفس اسهال بدن درد درد با احساس سنگینی در قفسه سینه احساس ضعف و خستگی
- آبریزش و گرفتگی بینی از دست دادن حس چشایی از دست دادن حس بویایی هیچکدام

2- سابقه تماس نزدیک (فاصله کمتر از 2 متر) با فرد مبتلا به کووید-19 (کرونا ویروس) در دو هفته اخیر:

- مراقبت مستقیم یکی از افراد خانواده که بیمار مشکوک / محتمل / قطعی کووید-19 بوده را داشته ام
- هرگونه تماس شغلی (شامل همکار یا همکلاس بودن) با فرد مبتلا به کووید-19 در فضای بسته مشترک (تماس بیش از 15 دقیقه در فاصله کمتر از 2 متر) را داشته ام
- سفر با فرد مبتلا به کووید-19 در وسیله نقلیه مشترک را داشته ام
- هیچکدام

3- اطلاعات سلامت و علائم تنفسی خود را در سامانه salamat.gov.ir ثبت نموده ام

4- یکی از بیماری های زمینه ای ذیل را دارم؟

- دیابت بیماری های قلبی بیماری مزمن ریوی بیماری نقص ایمنی بیماری مزمن کبدی
- بیماری مزمن خونی بیماری مزمن کلیوی بیماری های روماتیسمی سرطان هیچکدام
- در صورت ابتلا به سایر بیماریهای مزمن نام بیماری را ذکر نمایید:

5- مصرف طولانی مدت دارو دارم؟ نام دارو:

اینجانب به شماره دانشجویی تعهد می نمایم در صورت بروز هرگونه علایم تنفسی فوق ، مراتب را به آموزش دانشکده / مرکز بهداشت و سلامت دانشگاه ، اطلاع دهم و نیز گواهی می کنم پاسخ کلیه پرسش ها را با هوشیاری ، دقت و صداقت ثبت نموده ام و هرگونه عواقب ناشی از پاسخ نادرست و خلاف واقع ، به عهده اینجانب می باشد.

امضاء

تاریخ

نام و نام خانوادگی