



የህክምና እርዳታ/ዋ ተቀባይ/አጃቢ ስለ ኮቪድ ሽይረስ መጋለጥና አለ መጋለጥን መግለጫ ወረቀት

ማንነትዎ:-

ስም እና የቤተሰብ ስም..... የመታወቂያ ቁጥር.....

ከዚህ በታች የዘረዘሩት ነገሮች ባለፉት ሁለት ሳምንታት ከረስዎ ዘንድ ተከስተው ከሆነ ክፍት በታዉን እንዲሞሉት በትህትና እንጠይቃለን:-

<p>የህመሙ ምልክት</p>	<p>ሙቀት <input type="text"/> ስቅቅታ <input type="text"/></p> <p>ሳል <input type="text"/> የራስ ምታት <input type="text"/></p> <p>የጉረሮ ህመም <input type="text"/> የጡንቻ ህመም <input type="text"/></p> <p>ሽርጋታ <input type="text"/> ቅዝን <input type="text"/></p> <p>ትዉከት <input type="text"/> ሆድ ቁርጠት <input type="text"/></p> <p>የጣዓም/ሽታ ስሜት ማጣት <input type="text"/> ሌሎች.....</p> <p>...</p>
<p>በሽታ</p>	<p>የcovid 19 ሽይረስ ተሸካሚ ኖት አዎ/አይደለሁም (ከሆኑ የምርመራው ቀን.....)</p>
<p>ባለፈው ወር ውጭ ሀገር ነበሩ</p>	<p>ነበረሁኝ/ አልነበረሁም</p>
<p>የ covid 19 ሽይረስ ተጠቂ /ተጠርጣሪ ወይም ማንኛውም የብክለት በሽታ ሰው መጋለጥን ፤</p>	<p>ከቤተሰብዎ ውስጥ ሙቀት/ንፍጥ/ሳል/ጉረሮ ህመም ወይም ማንኛውም ብክለት ያለው? አለ /የለም</p>



	መታመሙ/ሟ ለተረጋገጠ/ ተጠረጣሪ ሰው ተጋልጦዋል? አወ/ በፍፁም ክሆነ የተጋለጡበት ቀን:.....
--	-------------------------------------------------------------------------

ከላይ በሙሉ የተጠቀሱት ነገሮች ጥሩ የሆነን የህክምና እርዳታን አያስቀሩም።

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

ሙሉ ስም..... ፊርማ..... ቀን / / ሰዓት፡.....