

شهادة إفادة حول غياب أعراض الأمراض المعدية الفيروسية

الاسم واللقب (الطفل / التلميذ / الطالب / المشارك في التعليم)

.....
تاريخ الميلاد:

.....
الإقامة الدائمة:

1. أقر بأن الطفل / التلميذ / الطالب / المشارك في التعليم المذكور أعلاه لا يظهر أي أعراض لمرض فيروسي معدي (مثل الحمى والسعال وضيق التنفس وفقدان الذوق والشم المفاجئ وما إلى ذلك) في الأسبوعين الماضيين.
2. أقر بأنني على دراية بتعريف الأشخاص الذين لديهم عوامل خطر وبالتوصية بأن أعتبر عوامل الخطر هذه عند اتخاذ قرار المشاركة في الأنشطة التعليمية.

..... في

بتاريخ

.....
توقيع الطالب البالغ / التلميذ / المشارك في التعليم
أو
توقيع الممثل القانوني للقاصر

الأشخاص الذين لديهم عوامل خطر

حددت وزارة الصحة عوامل الخطر التالية:

1. العمر فوق ٦٥ سنة مع الأمراض المزمنة المصاحبة.
 2. مرض الرئة المزمن (يشمل الربو القصبي المعتدل والشديد) مع العلاج الدوائي الجهازية طويل الأمد.
 3. أمراض القلب و/أو الأوعية الكبيرة ذات المعالجة الدوائية الجهازية طويلة الأمد، مثل ارتفاع ضغط الدم.
 4. اضطراب الجهاز المناعي، على سبيل المثال (أ) في العلاج المثبط للمناعة (المنشطات، فيروس نقص المناعة البشرية، وما إلى ذلك)، (ب) في العلاج المضاد للسرطان، (ج) بعد زرع الأعضاء الصلبة و/أو نخاع العظام،
 5. السمنة الشديدة (مؤشر كتلة الجسم أكثر من ٤٠ كجم/م^٢).
 6. داء السكري المعالج دوائياً.
 7. أمراض الكلى المزمنة التي تتطلب دعمًا مؤقتًا أو دائمًا/استبدال وظائف الكلى (غسيل الكلى).
 8. مرض الكبد (أولي أو ثانوي).
- تشمل مجموعة المخاطر الشخص الذي يحقق نقطة واحدة على الأقل من النقاط المذكورة أعلاه أو إذا تم تحقيق أي من النقاط من قبل أي شخص يعيش في نفس المنزل الذي يعيش فيه.