



دانشگاه حکیم بنی زرار  
واحد بهداشت محیط

## فرم خود اظهاری سلامت دانشجویان در شرایط کرونا

### الف - مشخصات فردی

نام و نام خانوادگی:	کد ملی:
سن:	دانشکده:
رشته تحصیلی:	ساکن استان / شهرستان:
آدرس دقیق محل سکونت:	شماره همراه:

### ب - وضعیت ابتلا به کرونا

آیا تا کنون مبتلا شده اید؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> تاریخ ابتلا: مدت زمان و دوره بیماری:	آیا تست کرونا انجام داده اید؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نام و محل آزمایشگاه:
آیا با افراد مبتلا تماس نزدیک داشته اید؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	آیا در حال حاضر علائمی از بیماری کرونا را دارید؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
آیا تاکنون فردی از خانواده نزدیک مبتلا به کرونا بوده اند؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	همسفر بودن با فرد مبتلا به کووید-۱۹ در وسیله نقلیه مشترک؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>

### ج - بررسی وضعیت ناقل بودن

در حال حاضر مبتلا به کدام یک از علائم زیر می باشید؟	
درد عضلانی بدن <input type="checkbox"/>	تب و لرز <input type="checkbox"/>
گلودرد <input type="checkbox"/>	سرفه <input type="checkbox"/>
تنگی نفس <input type="checkbox"/>	بی حالی <input type="checkbox"/>
اسهال و استفراغ <input type="checkbox"/>	کاهش حس بویایی و چشایی <input type="checkbox"/>
سردرد <input type="checkbox"/>	هیچکدام <input type="checkbox"/>

د- بررسی وضعیت آسیب پذیری فرد

<input type="checkbox"/> بیماری تنفسی زمینه ای	<input type="checkbox"/> دیابت	<input type="checkbox"/> فشارخون	<input type="checkbox"/> بیماری قلبی عروقی	دارا بودن بیماری زمینه ای: <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> شاخص توده بدن (BMI) بیشتر از ۴۰				
<input type="checkbox"/> بدخیمی ها (سرطان)	<input type="checkbox"/> شیمی درمانی	<input type="checkbox"/> بیش از دو هفته	بیماری نقص ایمنی: تحت درمان با کورتون <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> پیوند اعضا				
<input type="checkbox"/> ثبت نکرده ام	<input type="checkbox"/> ثبت کرده ام	اطلاعات سلامت و علائم تنفسی خود را در سامانه <a href="http://salamat.gov.ir">salamat.gov.ir</a> <input type="checkbox"/>		

و- تعهد افراد بر رعایت برنامه و دستورالعملهای بهداشتی:

اینجانب ..... با درک شرایط ویژه بهداشتی جامعه، متعهد میشوم که:

الف) برای حفظ سلامت خود و سایر افراد حاضر در دانشگاه، کلیه دستورالعملهای بهداشتی را مراعات نموده و در هر دوره فعالیت خود در دانشگاه تجهیزات، لوازم، مواد و محللهای مورد استفاده خود را ضدعفونی نمایم.

ب) متعهد می شوم کلیه اطلاعات فوق را با نهایت صداقت تکمیل نموده و از اظهار هر نوع محتوای غیر واقعی خودداری کرده و مسئولیت این اظهارات شخصا بر عهده بنده می باشد.

تاریخ تکمیل فرم

نام و نام خانوادگی

امضا