**قائمة بالمخالطين اختلاطًا لصيقًا بحالة مصابة بكوفيد-19
 للمدارس ومؤسسات رعاية الأطفال وغيرها من البرامج الموجهة للأطفال والشباب.**

تم التحديث في **2021/7/26**

أدخِل المعلومات أدناه للحصول على جميع أسماء المخالطين اختلاطًا لصيقًا بالمدرسة أو المكتب، وإرسالها إلى إدارة الصحة العامة في سان فرانسيسكو (San Francisco Department of Public Health, SFDPH) **خلال 24 ساعة من إبلاغ برنامجك بحالة الإصابة بفيروس كوفيد-19 الإيجابية**.

**الإرشادات:** ضع قائمة بجميع الأشخاص الذين خالطوا الشخص المصاب بفيروس كورونا المستجد (كوفيد-19)، بدءًا من يومين قبل بدء ظهور الأعراض على الشخص (قبل يومين من خضوع الشخص للاختبار إذا لم تظهر عليه أي أعراض). يرجى تضمين جميع المخالطين اختلاطًا لصيقًا الذين يستوفون **جميع** المعايير التالية فقط:

* **الشخص المخالط لم يتلق اللقاح**
* **حدث الاختلاط في أماكن مغلقة أو في أماكن مفتوحة، ثم حدث في أثناء نشاط ثابت بدون ارتداء الكمامات (تناول الطعام، الغناء، إلخ) أو نشاط فيه اختلاط لصيق (انظر الدليل السريع)**
* **كان الشخص المخالط في نطاق 6 أقدام من شخص مصاب لمدة 15 دقيقة أو أكثر إجمالًا خلال 24 ساعة.**
* **حدث الاختلاط في أثناء فترة العدوى (قبل يومين من الاختبار التي جاءت نتيجته إيجابية أو من ظهور الأعراض)**

**بالإضافة إلى ذلك، يرجى الإشارة إلى المخالطين اختلاطًا لصيقًا الذين سيشاركون في حجر صحي معدل (طلاب مرحلة روضة الأطفال الانتقالية TK-12 فقط الذين خالطوا الحالة والشخص المخالط عندما كانا كلاهما يرتدي الكمامات)**

اسم ولي الأمر/الوصي مطلوب فقط إذا كان الشخص المخالط طالبًا.

لإرسال النموذج الذي أتممته، اتصل بفريق مواجهة كوفيد-19 في المدارس ودور رعاية الأطفال التابع لإدارة الصحة العامة في سان فرانسيسكو (SFDPH COVID-19 Schools and Child Care Hub) على الرقم **‎628-217-7499** أو أرسِل بريدًا إلكترونيًا آمنًا إلى Cases.Schools@sfdph.org.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**اسم الموقع (المدرسة أو المكتب):**

**اسم الحالة (الشخص المصاب بفيروس كورونا المستجد (كوفيد-19) وتاريخ الميلاد:
الفصل الدراسي/المجموعة:**

 **\*(أضِف المزيد من الصفوف إذا لزم الأمر)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **المخالط****الاسم الأول، اسم العائلة** | **ولي الأمر/الوصي** **الاسم الأول، اسم العائلة** | **رقم الهاتف** | **تاريخ الميلاد** | **اللغة المفضلة** | **المدينة/مقاطعة الإقامة** | **المشاركة في حجر صحي معدل؟** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |