

供非醫護人員參照的症狀篩查核對清單

1 您是否曾確診患上 COVID-19？

<input type="checkbox"/> 是	除非您就以下三項陳述的回答均為「是」，否則您不應到家外的地方上班： <ul style="list-style-type: none">自您測試結果呈陽性的當天起或自您首次出現症狀之時起（以較早者為準）計，已過去了 10 天自您退燒（在未使用退燒藥的情況下）起計已過去了 24 小時您的其他症狀正在好轉。
<input type="checkbox"/> 否	請前往問題 2。

2 在過去 14 天內，您是否曾與確診了 COVID-19 的患者有密切接觸（處於 6 呎範圍內最少 15 分鐘）？

或

在過去 14 天內，您是否曾出於非必要原因出行至本州以外的地方？

<input type="checkbox"/> 是	• 請前往問題 3。
<input type="checkbox"/> 否	• 請跳至問題 4。

3 自您接種完必要的全部 COVID-19 疫苗劑量後，是否已至少過去 2 星期？

或

您在過去 90 天內是否曾染上 COVID-19？

<input type="checkbox"/> 是	• 請前往問題 4。
<input type="checkbox"/> 否	您不應該恢復上班，直至完成以下其中一項檢疫隔離為止： <ul style="list-style-type: none">自您上一次與患者接觸起計最少已過去 14 天，或如果您沒有任何症狀，則為自您上一次與患者接觸起計最少已過去 10 天*，或如果您沒有任何症狀，且在檢疫隔離結束前 48 小時內進行的聚合酶鏈式反應 (PCR) 或抗原測試之結果呈陰性，則為自您上一次與患者接觸起計最少已過去 7 天*。

* 如果您當地的公共衛生機關建議採取其中一個選項，請遵循其建議。

4

在過去的 24 小時內，您是否曾出現以下任何症狀？

- | | | | |
|------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 發燒 | <input type="checkbox"/> 咳嗽 | <input type="checkbox"/> 疲倦 | <input type="checkbox"/> 鼻塞或流鼻水 |
| <input type="checkbox"/> 發冷 | <input type="checkbox"/> 失去味覺或嗅覺 | <input type="checkbox"/> 肌肉或身體疼痛 | <input type="checkbox"/> 噁心或嘔吐 |
| <input type="checkbox"/> 呼吸急促或呼吸困難 | <input type="checkbox"/> 喉嚨痛 | <input type="checkbox"/> 頭痛 | <input type="checkbox"/> 腹瀉 |

 是

如果您出現了任何這些症狀，則應回家、避免與其他人接觸，並致電您的醫療保健提供者或郡政府衛生部門商討有關測試事宜。

自您退燒（在無使用退燒藥的情況下）起計最少已過去 24 小時及症狀有好轉的情況下，您可以恢復上班。

 否

您可以到家外的地方上班。

無障礙文件索取：對於殘疾人士或說其他語言的非英語人士，俄勒岡州衛生局可以提供其他格式的資訊，例如：翻譯、大字體或盲文版本。請致電 1-971-673-2411、711 聽障專線 (TTY) 或電郵至 COVID19.LanguageAccess@dhsosha.state.or.us 與健康資訊中心聯絡。