

# Контрольный список проверки симптомов для немедицинского персонала

## 1 Вам был поставлен диагноз COVID-19?

<input type="checkbox"/> Да	<p>Вам нельзя работать за пределами дома, если Вы не можете ответить «Да» на <b>все три из</b> приведенных ниже утверждений:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Прошло 10 дней с момента получения положительного результата теста или с момента появления первых симптомов (в зависимости от того, что произошло раньше).</li><li>• Прошло по крайней мере 24 часа с тех пор, как у Вас поднялась температура, и при этом Вы не принимали жаропонижающие средства.</li><li>• У Вас наступило улучшение других симптомов.</li></ul>
<input type="checkbox"/> Нет	Переходите к вопросу 2.

## 2 Находились ли Вы в тесном контакте (в пределах 6 футов в течение не менее 15 минут) за последние 14 дней с кем-либо, кому поставили диагноз COVID-19?

ИЛИ

Выезжали ли Вы за пределы своего штата по неважительной причине в течение последних 14 дней?

- |                              |   |
|------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Да  | <ul style="list-style-type: none"><li>• Переходите к вопросу 3.</li></ul> |
| <input type="checkbox"/> Нет | <ul style="list-style-type: none"><li>• Переходите к вопросу 4.</li></ul> |

## 3 Прошло ли не менее 2 недель с момента получения всех необходимых доз вакцины против COVID-19?

ИЛИ

Были ли Вы инфицированы COVID-19 в течение последних 90 дней?

- |                             |   |
|-----------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Да | <ul style="list-style-type: none"><li>• Переходите к вопросу 4.</li></ul> |
|-----------------------------|---|

- |                              |  |
|------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Нет | <p>Вам нельзя возвращаться на работу до тех пор, пока Вы не выполните следующие требования по соблюдению карантина:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• прошло как минимум 14 дней с момента Вашего последнего контакта; или</li><li>• прошло как минимум 10 дней* с момента Вашего последнего контакта, если у Вас не было каких-либо симптомов; или</li><li>• прошло как минимум семь дней* с момента Вашего последнего контакта, если у Вас не было каких-либо симптомов, и Вы получили отрицательный результат теста на полимеразную цепную реакцию (ПЦР) или антигены в течение 48 часов до завершения карантина.</li></ul> |
|------------------------------|--|

\* Если местный орган здравоохранения рекомендует один из этих вариантов, следуйте его рекомендациям.

## 4

## Испытывали ли Вы в течение последних 24 часов какие-либо из следующих симптомов?

- |  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Повышенная температура          | <input type="checkbox"/> Кашель                                      | <input type="checkbox"/> Утомляемость             | <input type="checkbox"/> Заложенность носа или насморк |
| <input type="checkbox"/> Озноб                           | <input type="checkbox"/> Впервые возникшая потеря вкуса или обоняния | <input type="checkbox"/> Боли в мышцах или в теле | <input type="checkbox"/> Тошнота или рвота             |
| <input type="checkbox"/> Одышка или затрудненное дыхание | <input type="checkbox"/> Боль в горле                                | <input type="checkbox"/> Головная боль            | <input type="checkbox"/> Диарея                        |

Да

Если у Вас появились какие-либо из этих симптомов, вернитесь домой, избегайте контактов с окружающими и позвоните своему врачу или в отдел общественного здравоохранения Вашего округа, чтобы договориться о тестировании.

Вам можно будет вернуться на работу, когда пройдет как минимум 24 часа с момента появления у Вас температуры (без применения жаропонижающих средств) и улучшения симптомов.

Нет

Вам можно выходить на работу за пределами Вашего дома.

**Доступность документа:** для лиц с ограниченными возможностями или лиц, говорящих на языке, отличном от английского, ОНА может предоставить информацию в альтернативных форматах, например, в переводе, крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Свяжитесь с Информационным центром здравоохранения по номеру телефона 1-971-673-2411, 711 TTY или по адресу [COVID19.LanguageAccess@dhsosha.state.or.us](mailto:COVID19.LanguageAccess@dhsosha.state.or.us).