



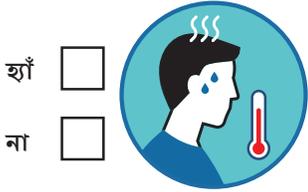
COVID-19

অনুগ্রহ করে আপনার আজকের কাজ শুরু করার আগে নিম্নলিখিত প্রশ্নগুলি সম্পূর্ণ করুন।

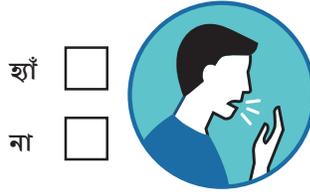
নাম: _____

তারিখ: _____ সময়: _____

আপনার কি এগুলির মধ্যে কোনটি আছে(নতুন বা আরও বেড়েছে):



জ্বর



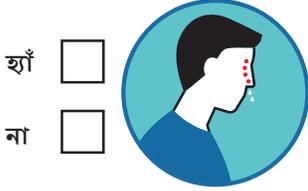
কাশি



শ্বাসকষ্ট



গলা ব্যথা, গিলতে অসুবিধা হওয়া



নাক দিয়ে জল পড়া



স্বাদ বা গন্ধের অনুভূতি হারানো



সুস্থ বোধ না করা



বমিভাব, বমি, ডায়ারিয়া

হ্যাঁ আপনি কি গত 14 দিনের মধ্যে এমন কারো সাথে নিকট সংস্পর্শে থেকেছেন যার নিশ্চিতভাবে
না COVID-19 আছে এবং যথাযথ PPE না পরা অবস্থায় আছেন?

হ্যাঁ আপনি কি ক্যানাডার বাইরে যাত্রা সেরে ফিরেছেন গত 14 দিনের মধ্যে?
না

আপনি যদি এই প্রশ্নগুলির কোনটিতে হ্যাঁ উত্তর দিয়ে থাকেন, অবিলম্বে বাড়ি যান এবং নিজেকে বিচ্ছিন্ন রাখুন। টেলিহেলথ বা আপনার স্বাস্থ্য পরিচর্যা প্রদানকারীকে কল করুন আপনার একটি পরীক্ষা করানোর প্রয়োজন আছে কি না তা জানতে।