

DECLARATION / SCREENING FORM FOR COVID – 19 INFECTION

கோவிட் தொற்று - 19ற்கான அறிவிப்பு / ஸ்கிரீனிங் படிவம்

NAME OF THE PATIENT :

நோயாளியின் பெயர் :

AGE / GENDER :

வயது / பாலினம் :

ADDRESS :

முகவரி :

MOBILE NO. :

அலைபேசி எண். :

EMAIL ID :

மின்னஞ்சல் முகவரி :

COVID – 19 QUESTIONARE		YES	NO
1	Do you have symptoms of Fever, Cough, Sneezing, Sore Throat, Fatigue, Myalgia உங்களுக்கு காய்ச்சல், இருமல், தும்மல், தொண்டை வலி, சோர்வு, உடல் வலி போன்ற அறிகுறிகள் உள்ளதா?		
2	Do you have difficulty in breathing? உங்களுக்கு சுவாசிப்பதில் சிரமம் இருக்கிறதா?		
3	Have you travelled outside the country in past 30 days? கடந்த 30 நாட்களில் நீங்கள் நாட்டிற்கு வெளியே பயணம் செய்திருக்கிறீர்களா?		

4	If yes, mention the countries ஆம் எனில், நாடுகளைக் குறிப்பிடவும்		
5	Have you travelled inside India to other cities in past 15 days கடந்த 15 நாட்களில் இந்தியாவுக்குள் மற்ற நகரங்களுக்குச் சென்றிருக்கிறீர்களா?		
6	If yes, mention the cities ஆம் எனில், நகரங்களைக் குறிப்பிடவும்		
7	Exposure to a confirmed Covid – 19 case OR to suspicious patient in the last two weeks? கடந்த இரண்டு வாரங்களில் உறுதிப்படுத்தப்பட்ட கோவிட் - 19 அல்லது சந்தேகத்திற்கிடமான நோயாளிகளுடன் தொடர்பு		
8	Have you visited any hospital in the past two weeks? கடந்த இரண்டு வாரங்களில் நீங்கள் எந்த மருத்துவமனைக்கும் சென்றிருக்கிறீர்களா?		

The above information is true to the best of my knowledge. I understand that withholding any information is unethical and against the interests of the global population fighting this pandemic.

மேற்கண்ட தகவல்கள் எனது அறிவின் மிகச் சிறந்தவை. எந்தவொரு தகவலையும் நிறுத்தி வைப்பது நெறிமுறையற்றது மற்றும் இந்த தொற்றுநோயை எதிர்த்துப் போராடும் உலக மக்களின் நலன்களுக்கு எதிரானது என்பதை நான் புரிந்துகொள்கிறேன்.

Name & Signature of the Patient :

நோயாளியின் பெயர் மற்றும் கையொப்பம் :

Name & Signature of the Attender :

உதவியாளரின் பெயர் மற்றும் கையொப்பம்

Staff Name & Signature :

பணியாளர் பெயர் மற்றும் கையொப்பம்

Date :

தேதி :