



## فرم غربالگری بیماری کرونا مختص دانشجویان غیر ایرانی

نام و نام خانوادگی: نام پدر: تاریخ تولد:  
شماره دانشجویی: شماره پاسپورت: تلفن همراه:

---

۱. شما دارای کدامیک از علائم زیر می‌باشید؟

تب  لرز  سرفه خشک  گلودرد   
از دست دادن حس بویایی  از دست دادن حس چشایی  هیچکدام

۲. آیا احساس تنگی نفس دارید؟

بلی  خیر

۳. آیا شما جزء گروه‌های در معرض خطر به شرح زیر هستید؟

نقص ایمنی: بدخیمی‌ها  پیوند اعضا  تحت درمان با کورتیکواستروئید   
بیماری زمینه‌ای: مبتلا به HIV  شیمی درمانی  بیماری تنفسی زمینه‌ای  دیابت  فشارخون   
قد خود را وارد کنید: ..... سانتیمتر وزن خود را وارد کنید: ..... کیلوگرم

۴. آیا فرد مشکوک / تحت درمان سرپایی / بستری و یا ترخیص شده از بیمارستان به علت بیماری کرونا در خانواده و یا نزدیکان شما وجود دارد؟

بلی  خیر

---

دانشجوی عزیز، در صورتی که علائم بیماری کرونا از قبیل تب، لرز، سرفه خشک، گلودرد، از دست دادن حس بویایی و چشایی، احساس تنگی نفس و... را ندارید و در میان نزدیکان و خانواده شما افراد مشکوک یا مبتلا به بیماری کرونا وجود ندارند می‌توانید وارد دانشگاه شوید.

اینجانب.....صحت مندرجات فرم را تأیید می‌کنم. تاریخ: / / ۱۳۹۹ امضا