

يرجى تقديم المعلومات التالية عن الشخص الذي يجري اختباره. يرجى الطباعة بشكل مقروء بالقلم الأسود أو الأزرق والتأكد من إكمال جميع الحقول. قد يتصل بك موظفو CHEO لتأكيد المعلومات، إذا لزم الأمر. من خلال تقديم بريدك الإلكتروني، فإنك توافق على الاتصال بك عبر البريد الإلكتروني لغرض مجموعة اختبار COVID-19.

الجزء الأول - يجب على الجميع إكمالها - قم أيضًا بطباعة هذه المعلومات على الملصق

| الجنس | تاريخ الولادة | الاسم (كما يظهر في البطاقة الصحية) | العائلة |
|-----------------------|---------------|------------------------------------|---------|
| ي / ش / س / س / س / س | الأول | الأوسط | العائلة |

الجزء الثاني - أكمل عبر الإنترنت أو هذا النموذج

عبر الإنترنت: إذا أمكن، أكمل باقي نموذج التسجيل عبر الإنترنت على إذا أمكن، أكمل باقي نموذج التسجيل عبر الإنترنت على <https://redcap.link/SampleRegistration>. سوف تتلقى رسالة تأكيد بالبريد الإلكتروني ورقم التسجيل. الرجاء تسجيل الرقم هنا: _____

هذا النموذج: بخلاف ذلك، يرجى إكمال جميع أجزاء هذا النموذج الورقي

| رقم هاتف المنزل | | رقم هاتف الطبيب | رقم البطاقة الصحية | رمز الإصدار | CHEO MRN (إذا كان معروفًا) |
|--|--|------------------|--|--------------|--|
| () - | | () - | رقم الشقة | عنوان الشارع | |
| اللغة المفضلة <input type="checkbox"/> الفرنسية <input type="checkbox"/> الانكليزية <input type="checkbox"/> أخرى | | الرمز البريدي | المقاطعة | المدينة | |
| رقم هاتف الطبيب | | اسم طبيب العائلة | موقع العيادة | | |
| () - | | | | | |
| الطفل / الفتى | اسم ولي الأمر / الوصي | | اسم ولي الأمر / الوصي | | |
| | الأم / الأب / الوصي | | الأول | | |
| | البريد الإلكتروني للوالد / الوصي | | أرقام هاتف الوالد / الوصي | | |
| | خلوي () - | | عمل / بديل () - | | |
| الراشد | رقم الهاتف الخلوي / البديل | | الاسم الأول أو البديل في سجل الطفولة في CHEO | | |
| | () - | | الأول | | |
| عوامل الخطر | حالة التطعيم COVID-19 | | جهة احتكاك عالية الخطورة؟ | | أعراض كوفيد-19؟ |
| | <input type="checkbox"/> محصن بالكامل، جميع الجرعات منذ أكثر من 14 يومًا <input type="checkbox"/> غير محصن أو محصن جزئيًا أو من أقل من 14 يومًا منذ الجرعة النهائية | | <input type="checkbox"/> لا توجد احتكاكات عالية الخطورة مع شخص مصاب بفيروس COVID-19 <input type="checkbox"/> آخر احتكاك بشخص مصاب بفيروس COVID-19 (في غضون 10 أيام) | | <input type="checkbox"/> لا توجد أعراض <input type="checkbox"/> بدأت الأعراض: ي / ش / س <input type="checkbox"/> حمى <input type="checkbox"/> ضيق في التنفس <input type="checkbox"/> سيلان الأنف <input type="checkbox"/> صداع <input type="checkbox"/> غثيان <input type="checkbox"/> إسهال <input type="checkbox"/> إعياء <input type="checkbox"/> تغير الطعم / الرائحة <input type="checkbox"/> أخرى: _____ |
| | اتحاد المدرسة؟ | | السفر الدولي آخر 14 يومًا؟ | | |
| | <input type="checkbox"/> طاقم العمل <input type="checkbox"/> طالب / تلميذ <input type="checkbox"/> فرد من العائلة <input type="checkbox"/> نقلات | | <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم منذ _____ تاريخ العودة: ي / ش / س | | |
| نموذج | اسم المدرسة ورمز التعليم | | تاريخ ووقت التجميع | | |
| | | | تاريخ التجميع: ي / ش / س وقت التجميع: س س د د | | |