

**پرسشنامه جمع آوری اطلاعات
(Datenerfassungsbogen)
فارسی / Farsi**

اطلاعات شخصی فرد مبتلا

نام خانوادگی، نام		تاریخ تولد:
آدرس (خیابان/شماره، کد پستی، ناحیه) محل زندگی دوم		
شماره تلفن/ تلفن همراه		
سایر شماره تلفن ها/ تلفن مسئول تماس		
ایمیل		
شکل زندگی	<input type="checkbox"/> خانه/آپارتمان <input type="checkbox"/> خوابگاه/اقامتگاه مشترک <input type="checkbox"/> مراکز نگهداری (خانه مراقبت، خانه سالمندان، و غیره) <input type="checkbox"/> مرکز نگهداری کودکان و نوجوانان <input type="checkbox"/> بی‌سرپناه <input type="checkbox"/> سایر:	
اشتغال	<input type="checkbox"/> غیرشاغل <input type="checkbox"/> خدمات آموزشی و تربیتی <input type="checkbox"/> کارمند آزمایشگاه <input type="checkbox"/> مرکز پزشکی (مطب، درمانگاه، مرکز نگهداری و غیره) <input type="checkbox"/> آتش نشانی/ پلیس <input type="checkbox"/> اقامتگاه مشترک/خانه مسکونی <input type="checkbox"/> مرکز وابسته به شهرداری/حمل و نقل عمومی/خدمات کفن و دفن/ دفتر نظم عمومی <input type="checkbox"/> هتل/رستوران/موسسه تفریحی حرفه: آخرین روز کاری:	
کارفرمایان	نام خانوادگی: نشانی: تلفن: ایمیل: سایر کارفرمایان:	
موسسه عمومی	حضور در <input type="checkbox"/> کریپه <input type="checkbox"/> مهدکودک <input type="checkbox"/> مدرسه <input type="checkbox"/> سایر: نشانی: تلفن: ایمیل:	

اطلاعات پزشکی	
اطلاعات مربوط به سلامت	<p>بیماری‌های قبلی <input type="checkbox"/> قلب/عروق <input type="checkbox"/> ریه <input type="checkbox"/> کلیه <input type="checkbox"/> کبد <input type="checkbox"/> اعصاب <input type="checkbox"/> سرطان <input type="checkbox"/> نقص ایمنی <input type="checkbox"/> سایر:</p> <p>وجود بارداری: <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله، پیش رو. تاریخ زایمان:</p> <p>تحت نظارت خدمات پرستاری: <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله، کدام:</p>
علائمی	<p>شروع علائم: خاتمه علائم:</p> <p><input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله</p> <p><input type="checkbox"/> سرفه <input type="checkbox"/> ذات‌الریه <input type="checkbox"/> تب <input type="checkbox"/> از دست دادن حس چشایی/بویایی <input type="checkbox"/> گلودرد <input type="checkbox"/> تهوع/ستفراغ/اسهال <input type="checkbox"/> سرماخوردگی <input type="checkbox"/> سردرد/بدن درد <input type="checkbox"/> تنگی نفس <input type="checkbox"/> سایر:</p>
بستری فعلی در بیمارستان در ارتباط با کووید 19	<p><input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله</p> <p>روز پذیرش: تاریخ ترخیص: درمانگاه: نشانی: ایستگاه:</p>
آزمایش	<p>انجام آزمایش با نتیجه مثبت در تاریخ: به وسیله <input type="checkbox"/> پزشک عمومی: <input type="checkbox"/> ایستگاه آزمایش <input type="checkbox"/> پزشک بیمه خدمات اورژانس (116117) <input type="checkbox"/> درمانگاه <input type="checkbox"/> سایر:</p> <p>دلیل آزمایش: <input type="checkbox"/> تماس با یک فرد مبتلا به کووید 19 <input type="checkbox"/> علائم بیماری <input type="checkbox"/> بازگشت از سفر <input type="checkbox"/> آزمایش نوبتی <input type="checkbox"/> سایر:</p>
منبع عفونت	<p>منبع عفونت شناخته شده است: <input type="checkbox"/> بله → نام، نشانی، شماره تلفن شخص، تاریخ تماس یا رویداد: <input type="checkbox"/> خیر:</p> <p>منابع احتمالی عفونت در 14 روز قبل از شروع علائم: <input type="checkbox"/> استفاده از وسایل حمل و نقل عمومی <input type="checkbox"/> جشن خصوصی/گردهمایی <input type="checkbox"/> قرار ملاقات شامل تماس نزدیک (مراکز آرایش مو و گریم و غیره) <input type="checkbox"/> معالجات، درمان‌ها (دندانپزشک، فیزیوتراپی و غیره) <input type="checkbox"/> سایر:</p>

قرنطینه	روز اول قرنطینه خانگی:
اعضای خانوار	
افراد خانوار مهم: به عنوان فرد دارای تماس نزدیک به مدت 14 روز پس از شروع علائم فرد مبتلا در قرنطینه	نام، نام خانوادگی (در صورت متفاوت)، تاریخ تولد، شغل و یا شرکت در یک موسسه عمومی (کیتا/مهد کودک/مدرسه) فضای زندگی/اتاق: جداسازی داخلی (اقامت دائم/غذا خوردن در اتاق شخصی خود) امکان: بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در فردی علائم بیماری مشاهده می‌شود: <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله، در:
امور سازمانی	
شناسایی افراد دارای تماس	لطفا فهرستی از همه افرادی که با شما ظرف 2 روز قبل از شروع علائم (و یا در صورت بدون علامت بودن، قبل از نمونه‌گیری) تماس داشته‌اند و حداقل یکی از موارد زیر در خصوص آنها صدق کرده است (همچنین به صورت جمعی)، تهیه نمایید: <input type="checkbox"/> فاصله کمتر از 1.5 متر و مدت بیش از 15 دقیقه (همچنین به صورت جمعی) <input type="checkbox"/> بیش از 15 دقیقه ورزش/آواز/جشن (در فضای بسته با تهویه ناکافی) <input type="checkbox"/> فاصله کمتر از 1.5 متر، مدت بیش از 30 دقیقه با پوشش ماسک به وسیله دو طرف (به طور مثال هنگام غذا خوردن، گفتگو، استراحت و کار مشترک، ...) <input type="checkbox"/> هیچ فردی با تماس نزدیک وجود ندارد مشخصات افراد دارای تماس را به فهرست ضمیمه اضافه کنید و به آدرس ایمیلی که در زیر داده شده است ارسال نمایید.
اطلاعات تماس اداره بهداشت	لطفا این برگه تکمیل شده و فهرست افراد دارای تماس با خود را به آدرس ایمیل زیر ارسال کنید: corona-ip@muenchen.de خط تلفن مستقیم اداره بهداشت مونیخ: 96333 233-089

لطفا این فهرست را پر کرده و این نشانی ارسال نمایید: corona-ip@muenchen.de

لطفاً تمام افراد دارای تماسی که مشخصات آنها نامعلوم است را در اینجا ثبت کنید.
در این صورت لطفاً تمام اطلاعات مربوط به وضعیت را با شخص مسئول تماس (تاریخ، زمان، آدرس، اطلاعات تماس...) فهرست کنید:



بروشور مربوط به کووید 19 و افراد مبتلا به SARS-CoV-2 در بخش سرپایی
(Merkblatt für COVID-19 und mit SARS-CoV-2 infizierte Personen im ambulanten Bereich)
فارسی/Farsi

نتیجه آزمایش شما برای SARS-CoV-2 یعنی ویروسی که باعث بیماری کووید 19 می‌شود، مثبت شده است. به منظور جلوگیری از ابتلای سایر افراد، اداره بهداشت بر اساس قانون حفاظت در برابر عفونت (IfSG)، شما را ملزم به گذراندن یک دوره قرنطینه خانگی کرده است.

چگونه بیماری کووید 19 را تشخیص می‌دهید؟

ابتلا به SARS-CoV-2 می‌تواند منجر به بیماری کووید 19 شود. علائم آن می‌تواند متفاوت باشد، به طور معمول علاوه بر احساس کلی بیماری و ضعف، به طور خاص با علائم سرماخوردگی مانند سرفه، تب، آبریزش بینی و اختلالات حس بویایی و/یا چشایی همراه است. افرادی که سیستم ایمنی ضعیف یا بیماری‌های مزمن دارند، به طور ویژه در معرض ابتلا به اشکال خطرناک این بیماری هستند. مبتلایان بدون علامت نیز وجود دارند و این افراد می‌توانند سایر افراد را آلوده کنند.

در دوره قرنطینه داخلی چه مواردی را باید رعایت کرد؟

- شما باید تا زمانی که دیگر خطر ابتلای سایرین از بین نرفته باشد، در قرنطینه خانگی باقی بمانید. این دوره به طور معمول 10 روز طول می‌کشد، به شرطی که شما 48 ساعت قبل از پایان مدت قرنطینه هیچ گونه علامتی نداشته باشید. در غیر این صورت، لطفاً از طریق اطلاعات تماس ارائه‌شده در زیر با ما تماس بگیرید.
- تماس‌های خود را حتی در محیط خانه تا حد امکان به حداقل برسانید. در این رابطه لطفاً به موارد زیر توجه داشته باشید:
 - تنها آن اعضای از خانواده باید حاضر باشند که امکان اقامت آنها در جای دیگر ممکن نیست یا برای کمک مورد نیاز هستند. این افراد باید در حد امکان از نظر سلامتی در وضعیت مناسب بوده و فاقد بیماری‌های قبلی باشند؛ افرادی که در معرض ابتلا به اشکال شدید بیماری هستند (مانند افراد دارای سیستم ایمنی ضعیف، افراد مسن و غیره) تا حد امکان نباید جزء این افراد باشند.
 - اعضای بزرگسال خانوار نباید در اتاق محل سکونت شما زندگی کنند و در صورتی که این کار امکان‌پذیر نباشد، باید فاصله حداقلی 1.5 متری یا ترجیحاً 2 متری را از شما حفظ کنند. در این حالت همه افراد باید ماسک دهان-بینی (MNS) بپوشند، به خصوص اگر حداقل فاصله قابل رعایت نباشد.
 - در صورت امکان، سعی کنید یک محل اقامت انفرادی در یک اتاق شخصی دارای تهویه مناسب داشته باشید.
 - استفاده از فضاهای مشترک باید به حداقل ممکن محدود شده و به طور غیر همزمان صورت گیرد، مثلاً شما باید وعده‌های غذایی‌تان را به طور جداگانه صرف کنید.
 - اتاق‌ها را چندین بار در روز به خوبی تهویه کنید (تهویه متناوب). این امر به ویژه در مورد فضاهای مورد استفاده همه اعضای خانوار مانند آشپزخانه یا حمام صدق می‌کند.
 - هیچگونه بازدیدکننده‌ای را به حضور نپذیرید. تماس با سایر افراد خارج از خانواده‌تان نیز باید حذف شود، به طور مثال بستن پرسل تحویل کالا، همسایگان. اقلامی تحویلی را در مقابل ورودی خانه یا آپارتمان بگذارید، ماسک دهان و بینی (MNS) بپوشید و فاصله خود با این افراد را تا حد امکان حفظ کنید.

○ البته مراقبت کافی از کودکان بیمار نیز باید ادامه پیدا کند. شروع قرنطینه فرد پرستار و نیز دیگر اعضای خانوار (افراد دارای تماس) بر اساس تاریخ شروع علامت یا در صورت بدون علامت بودن، مبنی بر تاریخ آزمایش اولین فرد مبتلا در خانوار تعیین می‌شود.

• لطفاً به اقدامات بهداشتی عمومی زیر که در برابر عفونت - همچنین سایر بیماری‌ها - از شما محافظت می‌کند، توجه ویژه داشته باشید:

- دست‌هایتان را به طور مکرر و به صورت کامل با آب و صابون بشویید، به خصوص اگر بینی خود را تمیز کرده، عطسه یا سرفه کرده باشید و همچنین پس از رفتن به توالت، قبل از غذا خوردن یا تهیه غذا و غیره. اعضای خانوارتان باید پس از هر تماس با شما دستان خود را با صابون بشویند.
- در صورت امکان از حوله کاغذی یکبار مصرف برای خشک کردن دست‌هایتان استفاده کنید. در صورت عدم دسترسی به آن، از حوله‌های «عادی» استفاده کنید و زمانی که مرطوب شدند آنها را تعویض نمایید. از یک حوله مشترک همراه دیگر اعضای خانوار استفاده نکنید، بلکه از حوله‌های «شخصی» استفاده نمایید.
- آداب سرفه و عطسه کردن را رعایت کنید، به عبارت دیگر در داخل آرنج خود یا یک دستمال جیبی یکبار مصرف سرفه یا عطسه کنید و آن را بلافاصله در یک سطل بسته دارای کیسه زیاله بیندازید. این دستمال‌ها و سایر زیاله‌های شما باید تا زمان دفع همراه زیاله‌های خانگی در اتاق شما باقی بمانند.
- در صورت امکان از دست زدن به دهان، چشم و بینی با دستان (شسته نشده) اجتناب کنید.

• لطفاً همچنین به اقدامات نظافتی و ضد عفونی‌کننده زیر توجه داشته باشید:

- سطوح حمام و توالت باید حداقل روزی یک بار با یک ماده ضد عفونی‌کننده سطوح مناسب تمیز و ضد عفونی شوند. همه انواع ضد عفونی‌کننده با نام‌های «begrenzt viruzid plus»، «begrenzt viruzid» یا «begrenzt» برای این منظور مناسب هستند.
- لباس‌های کثیف خود را در کیسه رختسویی قرار دهید. لطفاً این کیسه را تکان ندهید و از تماس مستقیم پوست و لباستان با لباس‌ها خودداری کنید.
- لباس‌های خود را در دمای حداقل 60 درجه سانتی‌گراد و با یک شوینده عادی بشویید و به طور کامل خشک کنید.

• تمام افراد حاضر در یک خانوار در این مدت به عنوان افراد دارای تماس نزدیک محسوب می‌شوند و باید تا 14 روز پس از شروع علائم یا در صورت بدون علامت بودن، تا 14 روز پس از تاریخ آزمایش اولین فرد مبتلا در خانوار خود را تحت نظر گرفته و بررسی کنند که آیا علائم بیماری را دارند یا خیر.

برای کسب اطلاعات بیشتر در رابطه با افراد دارای تماس نزدیک، لطفاً به بروشور ما در خصوص افراد دارای تماس دسته یک (پیوست را ببینید)، مراجعه کنید.

• مهم: به محض مشاهده ناخوشی، به پزشک خانواده یا خدمات اورژانس با شماره تلفن 116117 اطلاع دهید. حتماً از قبل به صورت تلفنی به مطب پزشک عمومی خود اطلاع دهید و بگویید که به دلیل مثبت بودن نتیجه آزمایش SARS-CoV-2 در قرنطینه خانگی هستید. در موارد شدید، - همچنین در خصوص سایر بیماری‌ها، - با خدمات امداد و نجات به شماره 112 تماس بگیرید. حتماً بیان کنید که نتیجه آزمایش SARS-CoV-2 شما مثبت بوده و به همین واسطه در قرنطینه خانگی هستید.

• در صورت بروز یا توسعه علائم بیماری، برای ادامه یافتن پرداخت حقوقتان به وسیله کارفرما نیاز به گواهی ناتوانی از انجام کار (AU) از پزشک معالج خود حتی در طول مدت قرنطینه دارید.

- در صورتی که نیاز به تأیید مدت قرنطینه خود به وسیله اداره مدیریت ناحیه (به طور مثال برای کارفرما) داشته باشید، ایمیلی حاوی اطلاعات خود به نشانی زیر بفرستید:
beleg.infektionsschutz@muenchen.de

برای آخرین اطلاعات در مورد ویروس کرونا، نگاه کنید به: www.muenchen.de/corona
برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد کمک‌های قابل دریافت در طول مدت قرنطینه، نگاه کنید به:
www.muenchen.de/hilfen-in-quarantaene



سوالات بیشتری دارید؟

با ما از طریق ایمیل rgu.infektionsschutz@muenchen.de یا به صورت تلفنی با شماره 96333-233 089 (دوشنبه تا جمعه، ساعت 8-16) تماس بگیرید.

واحد
بهداشت شما