



استمارة طلب فيروس كورونا coronavirus (COVID-19)

الفحص المنزلي

	الاسم الأول
	الاسم المتوسط
	الاسم الأخير (الكنية/اللقب)
	تاريخ الولادة
	الجنس
	العنوان
	الهاتف الجوال
	هاتف المنزل
	رقم بطاقة Medicare و/أو رقم رخصة السوق
<input type="checkbox"/> الأنف/ Nose <input type="checkbox"/> البلعوم/ Throat	موقع أخذ المسحة/العينة (ضع إشارة على واحدة أو الإثنتين إذا إنطبق ذلك)
/ / 2020	تاريخ إجراء الفحص
	وقت إجراء الفحص
<input type="checkbox"/> Yes / نعم <input type="checkbox"/> No / لا	هل لديك أعراض فيروس كورونا coronavirus (COVID-19)؟
<input type="checkbox"/> أخرى (Other) <input type="checkbox"/> ضيق التنفس Shortness of (Breath فقدان حاسة الشم Loss of) sense of (smell) <input type="checkbox"/> ألم في البلعوم (Sore throat) <input type="checkbox"/> سُعال / Cough <input type="checkbox"/> رشح من الأنف (Runny nose) <input type="checkbox"/> صداع (Headache) <input type="checkbox"/> حمى (Fever) <input type="checkbox"/> فقدان حاسة الشم Loss of) (sense of taste	إذا كانت لديك أعراض فيروس كورونا coronavirus (COVID-19) ما هي الأعراض التي لديك؟ (ضع إشارة على كل ما ينطبق من أعراض)

للإطلاع على المزيد من المعلومات عن فيروس كورونا وكيفية الحفاظ على السلامة، زُر www.dhhs.vic.gov.au/coronavirus.
الطبيب المسؤول عن الإحالة: الدكتورة أناليز فان ديمن