

التاريخ: / / ٢٠٢٠م	نموذج إفصاح العودة للدراسة	
--------------------	----------------------------	---

### معلومات الطالب

	الإسم
	الرقم الاكاديمي
	السنة الدراسية
	البرنامج

### معلومات عن حالة الطالب

هل كنت تعاني من أحد الأعراض التالية خلال (١٤) يوم السابقة:	
لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	ارتفاع في درجة الحرارة؟
لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	سعال؟
لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	صعوبة في التنفس والم في الصدر؟
لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	الم في الحلق؟
لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	فقدان حاسة الذوق او الشم؟
لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	ارهاق والم في المفاصل؟
لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	طفح جلدي أو تغير في لون اصابع اليدين أو أصابع القدمين؟
لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	اسهال؟
هل لديك أي من الحالات او الاعراض التالية:	
لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	الاتصال المباشر بشخص تم التشخيص بإصابته بفيروس كورونا الجديد؟
لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	تعاني من امراض الرئة المزمنة، او الربو الشديد (تم التنويم مرة واحدة على الأقل خلال الستة أشهر الماضية)؟
لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	تعاني من الأمراض القلبية المزمنة (قصور في عضلة القلب / امراض الشرايين التاجية او وجود إصابة قلبية واحدة)؟
لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	تعاني من نقص المناعة الوراثي؟
لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	تعاني من نقص المناعة المكتسب (نقص المناعة المكتسب / استخدام أدوية مثبطة للمناعة / استخدام عقارات علاج السرطان)؟
لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	تعاني من السمنة المفرطة (مؤشر كتلة الجسم < 40)؟
لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	تعاني من مرض السكري غير المنضبط والذي استدعى التنويم مرة واحدة على الأقل خلال الستة أشهر الماضية؟
لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	تعاني من مرض ارتفاع ضغط الدم والذي استدعى التنويم مرة واحدة على الأقل خلال الستة أشهر؟
لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	تعاني من الفشل الكلوي (غسيل كلوي)؟
لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	تعاني من تليف الكبد؟

أقر أنا الطالب / الطالبة / بموجب هذه الوثيقة، بأن المعلومات الواردة أعلاه صحيحة واتحمل مسؤوليتها وسوف أكون مسؤولاً تماماً عن تقديم فحص PCR (Coronavirus Test) عبر ايميل قسم الشؤون الأكاديمية إذا كنت مخالط لإصابة او مشتبه بالإصابة بفيروس كورونا.

التوقيع :-

ملاحظة : يرسل نموذج الإفصاح بعد توقيعه على ايميل [lbnsinaaexcuses@gmail.com](mailto:lbnsinaaexcuses@gmail.com) - بداية كل اسبوع ( اسبوعياً )