

# COVID-19 Vaccine

## Clinic Symptom Screening Tool

### ခရီးသွားများ သတိပြုရန်

<p>သင့်ထံတွင် အောက်ဖော်ပြပါ ကိုဗစ်-၁၉ ရောဂါလက္ခဏာ တစ်ခုခု ရှိပါက-</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ဖျားခြင်း နှင့်/သို့မဟုတ် ချမ်းတုန်ခြင်း</li> <li>• ချောင်းဆိုးခြင်း</li> <li>• အသက်ရှူကြပ်ခြင်း</li> <li>• အနံ့ သို့မဟုတ် အရသာ ပျောက်ဆုံးခြင်း</li> <li>• လည်ချောင်းနာခြင်း</li> <li>• အစားအသောက် မြို့ချရာတွင် အခက်အခဲရှိခြင်း</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• မျက်လုံးနီခြင်း</li> <li>• နှာရည်ယိုခြင်း သို့မဟုတ် နှာပိတ်ခြင်း</li> <li>• ခေါင်းကိုက်ခြင်း</li> <li>• မအီမသာဖြစ်ခြင်း/ အော့အန်ခြင်း၊ ဝမ်းလျှောခြင်း၊ ဗိုက်နာခြင်းကဲ့သို့သော အစာချေဖျက်ခြင်းဆိုင်ရာ ပြဿနာများ</li> <li>• ကြွက်သားနာကျင်ခြင်းနှင့် ကိုက်ခဲခြင်း</li> <li>• အလွန်အမင်း ပင်ပန်းနွမ်းနယ်ခြင်း</li> <li>• ရုတ်တရက် လဲကျခြင်း</li> </ul>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

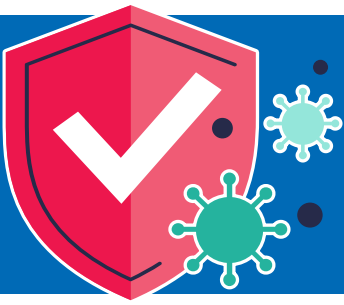
သို့မဟုတ် ကိုဗစ်-၁၉ ရောဂါကူးစက်ခံရသူ သို့မဟုတ် အသက်ရှူ လမ်းကြောင်းဆိုင်ရာ ရောဂါလက္ခဏာအသစ်များ ပြသနေသူနှင့် ထိတွေ့မှု ရှိထားပါက

ကျေးဇူးပြု၍ ဆေးခန်းသို့ မသွားပါနှင့်။

- သင့်ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်သူထံ ဆက်သွယ်ပါ။
- Telehealth Ontario ၏ အခမဲ့ ကျန်းမာရေးဝန်ဆောင်မှု (၁-၈၆၆-၇၉၇-၀၀၀၀) သို့ ဆက်သွယ်ပါ
- သို့မဟုတ် စစ်ဆေးရန်အတွက် ကိုဗစ်-၁၉ အသက်ရှူလမ်းကြောင်းဆိုင်ရာ ရောဂါစစ်ဆေးသည့်စင်တာသို့ သွားပါ

ထပ်မံစာရင်းသွင်းရန် ကျေးဇူးပြု၍ သင်၏ အတည်ပြုစာတိုတွင် ပယ်ဖျက်ပါကို အသုံးပြုပါ သို့မဟုတ် ၅၁၉-၅၁၄-၁၄၉၉ ကို ဖုန်းခေါ်ပါ။





# COVID-19 Vaccine

## Clinic Symptom Screening Tool

၁။ သင့်တွင် ရောဂါလက္ခဏာအသစ်၊ ဆိုးရွားသည့်ရောဂါလက္ခဏာများ သို့မဟုတ် ဤစာမျက်နှာ၏ တဖက်ခြမ်းတွင် ဖော်ပြထားသော လက္ခဏာများထဲမှ တစ်ခုခု ရှိပါသလား။ လက္ခဏာများသည် နာတာရှည် သို့မဟုတ် အခြားသိရှိထားသော ရောဂါကြောင့် ဖြစ်ပွားမှု သို့မဟုတ် အခြေအနေများ မဖြစ်သင့်ပါ။

ရှိပါသည်       မရှိပါ

၂။ လွန်ခဲ့သော ၁၄ ရက်အတွင်း ကနေဒါနိုင်ငံပြင်ပသို့ ခရီးသွားခဲ့ဖူးခြင်း ရှိပါသလား။ သင်သည် ကနေဒါ-ယူအက်စ် နယ်နိမိတ်ကို ပုံမှန် ဖြတ်သန်းသွားလာနေသော မဖြစ်မနေသွားရသည့် လုပ်သားတစ်ယောက်ဖြစ်ပါက “မရှိပါ” ကို ရွေးပါ။

ရှိပါသည်       မရှိပါ

၃။ လွန်ခဲ့သော ၁၄ ရက်အတွင်း ပြည်သူ့ကျန်းမာရေးဌာနတစ်ခုမှ သင့်အား ကိုဗစ်-၁၉ ရောဂါကူးစက်ခံရသူတစ်ဦးနှင့် အနီးကပ်ထိတွေ့သူဟု သတ်မှတ်ခဲ့ခြင်း ရှိပါသလား။

ရှိပါသည်       မရှိပါ

၄။ ဆရာဝန်၊ ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်သူ သို့မဟုတ် ပြည်သူ့ကျန်းမာရေးဌာန တစ်ခုမှ သင့်အား လက်ရှိတွင် သီးခြား (အိမ်တွင် နေခြင်း) နေသင့်သည်ဟု ပြောဆိုခဲ့ခြင်း ရှိပါသလား။

ရှိပါသည်       မရှိပါ

၅။ လွန်ခဲ့သော ၁၄ ရက်အတွင်း သင်နေထိုင်ရာနေရာတွင် ကိုဗစ်ထိတွေ့မှုတပ်လှန့် အသိပေးခြင်း လက်ခံရရှိခဲ့ပါသလား။ သင် ဆေးစစ်ခဲ့ပြီး ကိုဗစ်ရောဂါပိုး မတွေ့ရှိသည့် ရလဒ် ရခဲ့ပါက “မရှိပါ” ကို ရွေးပါ။

ရှိပါသည်       မရှိပါ

မေးခွန်း ၁ မှ ၅ အတွင်း အားလုံးကို မရှိပါဟု ဖြေဆိုခဲ့သူဖြစ်လျှင် ၎င်းတို့သည် ဆက်လက်လုပ်ဆောင်နိုင်သည်

မေးခွန်း ၁ မှ ၅ အတွင်း မေးခွန်းတစ်ခုခုကို ရှိပါသည်ဟု ဖြေဆိုခဲ့သူဖြစ်လျှင် ၎င်းတို့သည် ဆက်လက်မလုပ်ဆောင်နိုင်ဘဲ ကာကွယ်ဆေးထိုးမည့်တွေ့ဆုံမှုကို ပြန်လည်စီစဉ်ရမည်



Talk to a real person 24/7 in over 200 languages: 519-514-1499  
Deaf and hard of hearing (TTY): 519-575-4608  
[regionofwaterloo.ca/VaccineCommunity](https://regionofwaterloo.ca/VaccineCommunity)