**ПИСЬМО: ОБРАЩЕНИЕ К МЕДИЦИНСКОМУ СПЕЦИАЛИСТУ АЛЬТЕРНАТИВНЫЙ ДИАГНОЗ (НЕ COVID-19)**

Если у вашего ребенка наблюдается один или несколько нижеперечисленных симптомов, которые не связаны с инфекцией COVID-19, а вызваны другим диагнозом, перед возвращением к занятиям в школе после отсутствия или после того, как ребенка отправили домой в связи с данными симптомами, необходимо, чтобы медицинский специалист (врач, медицинская сестра или помощник врача) заполнил и подписал данную форму.

* Жар/озноб (температура выше 100,4 °F или 38 °C)
* Кашель
* Одышка/затрудненное дыхание
* Усталость
* Боли в мышцах/теле
* Головная боль
* Потеря вкуса или запаха
* Боль в горле
* Заложенность носа/насморк
* Тошнота/рвота
* Диарея

**Родители**, обратите внимание.Если вы:

* ОТКАЗЫВАЕТЕСЬ от осмотра ребенка медицинским специалистом для выявления причины повышения температуры и (или) других симптомов **ИЛИ**
* ОТКАЗЫВАЕТЕСЬ от тестирования ребенка на инфекцию COVID-19 или если результат теста положительный

Ваш ребенок может вернуться к занятиям в школе:

|  |
| --- |
| Учащийся может вернуться к занятиям после того, как:* температура находится в пределах нормы на протяжении 24 часов без применения жаропонижающих препаратов

**И*** симптомы облегчаются

**И*** прошло 10 дней с момента появления симптомов.
 |
|   |

Имя и фамилия ребенка: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Класс: \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата первого отсутствия в школе или день, когда ребенок был отправлен домой с занятий: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Данная страница заполняется и подписывается медицинским работником.**

❏ Я подтверждаю, что у учащегося была обнаружена**другая причина появления симптомов**.Тест на COVID-19 **НЕ**проводился.

❏ Я подтверждаю, что у учащегося была обнаружена**другая причина появления симптомов**. Результат теста на COVID-19 у учащегося **ОТРИЦАТЕЛЬНЫЙ**.

Учащийся может вернуться к занятиям после того, как:

* Состояние учащегося соответствует стандартным критериям возвращения в школу после БОЛЕЗНИ, НЕ ЯВЛЯЮЩЕЙСЯ COVID.

В соответствии с указанным выше, учащийся может вернуться к занятиям: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (дата)

Имя медицинского работника:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись медицинского работника:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Верните заполненную форму:**[Insert contact information]**