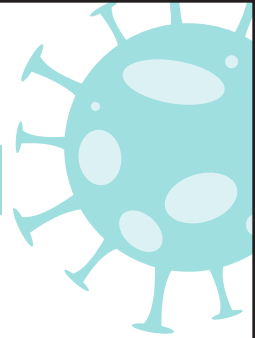


Συστάσεις του Υπουργείου Υγείας

Λίστα κλινικών συμπτωμάτων για καθημερινό έλεγχο

Παράκλησή μας όπως ελέγχετε τα παιδιά σας καθημερινά με βάση την πιο κάτω λίστα συμπτωμάτων πριν την προσέλευσή τους στο σχολείο .

Είναι υποχρέωση μας να προστατέψουμε τα παιδιά μας και τους συνανθρώπους μας.



| | |
|--|--------------------------|
| Παρουσιάζει το παιδί σας πυρετό (>37.3οC σε τρεις επαναλαμβανόμενες μετρήσεις) με ή χωρίς ρίγος; | <input type="checkbox"/> |
| Παρουσιάζει το παιδί σας βήχα; | <input type="checkbox"/> |
| Παρουσιάζει το παιδί σας δυσκολία στην αναπνοή (δύσπνοια); | <input type="checkbox"/> |
| Παρουσιάζει το παιδί σας απώλεια όσφρησης/ γεύσης ή διαταραχή στη γεύση και όσφρηση; | <input type="checkbox"/> |
| Παρουσιάζει το παιδί σας ρινική καταρροή/συμφόρηση ή/και ερυθρότητα ματιών; | <input type="checkbox"/> |
| Παρουσιάζει το παιδί σας μυαλγίες; | <input type="checkbox"/> |
| Παρουσιάζει το παιδί σας καταβολή ή/και αδυναμία; | <input type="checkbox"/> |
| Παρουσιάζει το παιδί σας κεφαλαλγία; | <input type="checkbox"/> |
| Παρουσιάζει το παιδί σας πονόλαιμο; | <input type="checkbox"/> |
| Παρουσιάζει το παιδί σας κοιλιακό άλγος; | <input type="checkbox"/> |
| Παρουσιάζει το παιδί σας συμπτώματα από το γαστρεντερικό (όπως ναυτία, εμετό ή/και διάρροιες); | <input type="checkbox"/> |
| Παρουσιάζει το παιδί σας εξάνθημα; | <input type="checkbox"/> |
| Είχε το παιδί ή εσείς κοντινή επαφή με ύποπτο ή επιβεβαιωμένο COVID-19 κρούσμα τις τελευταίες 14 ημέρες; | <input type="checkbox"/> |

Εάν το παιδί σας παρουσιάζει κάποιο (έστω και ένα) από τα πιο πάνω συμπτώματα, παρακαλείστε να κρατήσετε το παιδί σας στο σπίτι σε απομόνωση και να επικοινωνήσετε με το σχολείο. Στη συνέχεια να επικοινωνήσετε με τον προσωπικό σας ιατρό/παιδίατρο.