

**BORANG DEKLARASI SARINGAN PENYAKIT COVID-19**

Nama Pelajar : \_\_\_\_\_  
 No. Kad Pengenalan : \_\_\_\_\_  
 No. Telefon : \_\_\_\_\_  
 Alamat : \_\_\_\_\_

**Panduan: Sila lengkapkan semua bahagian**

RISIKO (TANDAKAN ✓)		YA	TIDAK
1.	Adakah anda baru balik dari melawat LUAR NEGARA dalam tempoh 14 hari yang lepas? Jika YA, nyatakan negara yang dilawati: _____		
2.	Adakah anda pernah menghadiri acara atau mengunjungi mana-mana tempat yang melibatkan kes yang disyaki atau positif COVID -19 dalam tempoh 14 hari yang lepas?		
3.	Adakah anda ada KONTAK RAPAT dengan individu disahkan positif COVID-19 dalam tempoh 14 hari yang lepas?		
	a. Bekerja/Bersemuka dalam ruang tertutup yang sama, dalam jarak kurang dari 1 meter melebihi 15 minit?		
	b. Menaiki kenderaan yang sama melebihi 2 jam dalam jarak 2 kerusi (2 meter) dari individu positif COVID -19?		
	b. Tinggal serumah dengan individu yang disahkan positif COVID - 19?		
	c. Berada bersama di dalam bilik tertutup yang menggunakan penghawa dingin lebih dari 2 jam?		
	d. Memberi rawatan atau melawat pesakit positif COVID-19 tanpa menggunakan alat perlindungan diri yang sesuai?		
4.	Adakah anda mempunyai gejala-gejala berikut?		
	a. Demam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	b. Batuk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	c. Sakit tekak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	d. Selesema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	e. Sesak nafas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SUHU BADAN

**HENTIKAN COVID-19!**

**KEJUJURAN ANDA BOLEH MENYELAMATKAN  
BANYAK NYAWA TERMASUK ANGGOTA KESIHATAN.  
BANTULAH KAMI UNTUK MEMBANTU ANDA.**

Tandatangan pelajar

Tandatangan anggota kesihatan

.....  
 Nama:  
 No. Kad Pengenalan:  
 Tarikh:

.....  
 Nama & cop:  
 Tarikh: