

ចាប់តាំងពីពេលដែលអ្នកបានទៅការិយាល័យឆ្នោតលើកចុងក្រោយ៖

1. តើអ្នកបានទាក់ទងជាមួយអ្នកដែលមានផ្ទុកជំងឺ COVID-19 ដែរឬទេ? ការទាក់ទងមានន័យ ថាស្ថិតនៅចម្ងាយ 6 ហ្វីត (2 ម៉ែត្រ) រយៈពេលជាង 15 នាទីជាមួយមនុស្ស ឬមានទំនាក់ទំនង ផ្ទាល់ជាមួយបុគ្គលនេះ។
2. តើអ្នកបានធ្វើតេស្តវិជ្ជមានមាន COVID-19 ក្នុងរយៈពេល 10 ថ្ងៃកន្លងមកមែនទេ?
3. តើអ្នកមានរោគសញ្ញាណាមួយក្នុងចំណោមរោគសញ្ញាទាំងនេះដែលមិនបណ្តាលមកពីជំងឺ ផ្សេងទៀតដែរទេ?
 - គ្រុនក្តៅ ឬគ្រុនញាក់
 - ក្អក
 - ដកដង្ហើមដង្ហក់ ឬពិបាកដកដង្ហើម
 - អស់កម្លាំង
 - ឈឺសាច់ ដុំឬរាងកាយ
 - ឈឺក្បាល
 - អណ្តាតបាត់បង់រសជាតិ ច្រមុះបាត់បង់ក្លិននាពេលថ្មីៗនេះ
 - ឈឺក
 - ការតឹងច្រមុះ
 - ចង់ក្អួត ឬក្អួតចង្កោរ
 - រាករស

បើអ្នកឆ្លើយថា បាទ/ចាស ចំពោះសំណួរណាមួយក្នុងចំណោមសំណួរទាំងនេះ អ្នកមិនអាចចូល ក្នុងការិយាល័យបានទេ។ សូមពិគ្រោះជាមួយអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកអំពីសុខ ភាពរបស់អ្នក។

សំណួរទាំងនេះអាចនឹងផ្លាស់ប្តូរនៅពេលយើងទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែមអំពីជំងឺ COVID-19។