

**BORANG DEKLARASI SARINGAN PENYAKIT COVID-19**

Nama penuh : \_\_\_\_\_

No. Kad Pengenalan : \_\_\_\_\_

No. telefon bimbit : \_\_\_\_\_

Nama syarikat/majikan : \_\_\_\_\_ No. tel.: \_\_\_\_\_

Bil	Perkara	YA	TIDAK
1	Adakah anda baru balik dari luar negara atau dari kawasan zon merah luar negeri Kedah dalam masa 14 hari?  Jika YA, nyatakan tempat dilawati : _____  Tarikh pulang: _____		
2	Adakah anda menyertai mana-mana perhimpunan yang dikaitkan dengan kes Covid-19 dalam masa 14 hari?		
3	Adakah anda ada KONTAK RAPAT dengan individu yang disyaki atau disahkan positif Covid-19?		

Adakah anda mengalami simptom-simptom berikut?

SIMPTOM	YA	TIDAK
Demam Suhu badan: _____		
Batuk		
Sakit tekak		
Selsema		
Sesak nafas		
Sakit dada		
Lain-lain: _____		

Sekiranya jawapan adalah YA bagi mana-mana soalan di atas, sila hubungi Pejabat Kesihatan Daerah / Klinik Kesihatan \_\_\_\_\_ di nombor telefon \_\_\_\_\_ untuk saringan kesihatan lanjut.

Saya mengesahkan kesemua butiran adalah benar. Sekiranya didapati mana-mana butiran dinyatakan adalah tidak benar, deklarasi kesihatan ini adalah terbatal dan tindakan undang-undang boleh diambil ke atas saya.

Tandatangan pemohon : .....

Tarikh :