



San Francisco المدينة والمقاطعة
London N. Breed
العمدة

إدارة الصحة العامة في سان فرانسيسكو

Grant Colfax, MD

مدير الشؤون الصحية

عزيزي صاحب العمل في سان فرانسيسكو:

نشكرك على كل ما تفعله في هذه الأوقات غير المسبوقة لضمان سلامة موظفيك وعدم المخاطرة بنشر فيروس COVID-19 إلى الآخرين في مكان العمل. نقدّر حقًا كل جهودك لتعديل أعمالك وروتينك اليومي للحد من مخاطر نشر فيروس COVID-19 وإنقاذ الأرواح.

قامت إدارة الصحة العامة بكاليفورنيا (California Department of Public Health, CDPH) مؤخرًا بتحديث توصيات عزل الحالات المصابة بفيروس COVID-19* حيث قلصت فترة العزل (للأشخاص الذين لا تظهر عليهم أعراض أو يعانون من أعراض خفيفة) إلى 5 أيام للتركيز على الفترة التي يكون الشخص فيها مُعدّيًا أكثر. وتُيسر هذه التوصيات أيضًا الاحتياجات الاجتماعية واحتياجات الرعاية للأفراد، والعودة إلى العمل، وصيانة البنية التحتية الحيوية. يجوز لمعظم الموظفين** الذين تم تشخيص إصابتهم بـ COVID-19 العودة إلى العمل بعد 5 أيام مع توصية قوية بارتداء قناع مناسب حتى اليوم الـ 10 على الأقل إذا:

- (1) خضعوا لاختبار جاءت نتيجته سلبية*** لعينة تم جمعها في اليوم الـ 5 أو بعده، و:
 - (a) في حالة ظهور الأعراض عليهم، مضت 5 أيام منذ أن بدأت أعراضهم في الظهور، وتحسنت أعراضهم ولا يعانون من الحمى، أو
 - (b) في حالة عدم ظهور أي أعراض عليهم، مضت 5 أيام منذ أن كانت نتيجة اختبارهم إيجابية.

لا توصي إدارة الصحة العامة في سان فرانسيسكو باشتراط تقديم مذكرة طبية للعودة إلى العمل. يؤدي اشتراط تقديم مذكرة طبية على الموظفين إلى تراكم الأعمال غير المنجزة في نظام الرعاية الصحية، إلى جانب تأخير العودة إلى العمل. يمكن للموظفين العودة إلى العمل عندما يستوفون المعايير الموضحة أعلاه.

يجوز للموظفين الذين يستوفون المعايير المذكورة أعلاه أن يطبعوا هذه الرسالة إذا طلب صاحب عملهم دليلًا خطيًا على إمكانية عودتهم إلى العمل. يمكن العثور على هذه الرسالة عبر الإنترنت في الموقع الإلكتروني sfdcp.org/workletter.

يرجى الرجوع إلى الموارد التالية للاطلاع على المزيد من التفاصيل:

- العزل والحجر الصحي: ابق في المنزل عند الإصابة بفيروس COVID-19 بشكل مؤكد أو محتمل: sfdph.org/iandq
- معلومات عامة خاصة بأصحاب العمل في سان فرانسيسكو: sfdcp.org/businesses
- ما يجب على أصحاب العمل القيام به حال اكتشاف أن شخصًا ما في مكان العمل مصاب بفيروس COVID-19: sfdcp.org/covid19-positive-workplace

Thank you for all that you do to keep our community healthy,

Susan Philip, MD, MPH

— Health Officer of the City and County of San Francisco

* في مكان العمل، يخضع أصحاب العمل لمعايير قسم السلامة والصحة المهنية المؤقتة (Cal/OSHA) للوقاية من فيروس كورونا المستجد في حالات الطوارئ (Emergency Temporary Standards, ETS) أو في بعض أماكن العمل لمعايير قسم السلامة والصحة المهنية للوقاية من الأمراض المنقولة عبر الهباء الجوي (Aerosol Transmissible Diseases, ATD) (PDF)، وينبغي الرجوع إلى هذه اللوائح لمعرفة المتطلبات الأخرى الواجبة التطبيق باستثناء ما هو مذكور في التوصيات المحدثة لإدارة الصحة العامة في ولاية كاليفورنيا (California Department of Public Health, CDPH) بشأن العزل والحجر الصحي في حال الإصابة بفيروس COVID-19 لمكان العمل الخاضع لاختصاص CDPH وكذلك في الأسئلة الشائعة لقسم السلامة والصحة المهنية..
**قد لا تنطبق هذه الرسالة على أماكن الرعاية الصحية (بما في ذلك مرافق الرعاية الطويلة الأجل) والسجون والملاجئ والمدارس.
***سواء كان اختبار المستضد أو اختبار تفاعل البوليميراز المتسلسل (PCR) فلا بأس منهما، لكن يُفضل اختبار المستضد للخروج من العزل. تُعد الاختبارات المتاحة تجاريًا مقبولة لإنهاء العزل.

العودة إلى العمل لمن أصيبوا بفيروس COVID-19

هل كان الموظف يعاني من أي أعراض؟

○ نعم: كان الموظف يعاني من الأعراض، ومن الممكن عودته إلى العمل إذا حدد جميع المربعات الأربعة التالية:

مضى أكثر من 5 أيام منذ أن بدأت الأعراض.

تاريخ اليوم: _____

تاريخ بدء ظهور الأعراض: _____

لقد تحسنت أعراض

مضى أكثر من 24 ساعة على اختفاء الحمى من دون استخدام أدوية خافضة للحمى

خضعت لاختبار لفيروس COVID وجاءت النتيجة سلبية لعينة تم جمعها في اليوم الخامس أو بعده من تاريخ بداية ظهور الأعراض

علي. تاريخ الاختبار السلبي: _____

○ لا: لم يكن الموظف يعاني من أي أعراض. بإمكانه العودة إلى العمل إذا حدد أحد المربعين التاليين

مضى أكثر من خمسة أيام منذ أن ثبتت إصابتي بفيروس COVID-19 عن طريق الاختبار، وخضعت لاختبار COVID آخر وكانت

النتيجة سلبية لعينة تم جمعها في اليوم الخامس أو بعده من تاريخ بدء ظهور الأعراض.

تاريخ اليوم: _____

تاريخ الاختبار الإيجابي: _____

تاريخ الاختبار السلبي: _____

مضى أكثر من 10 أيام منذ أن ثبتت إصابتي بفيروس COVID-19 عن طريق الاختبار.

تاريخ اليوم: _____

تاريخ الاختبار الإيجابي: _____

اسم الموظف بحروف واضحة: _____

توقيع الموظف: _____